



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Avaliação da Deglutição:
Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Carla Sofia Pimenta da Costa



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Avaliação da Deglutição:
Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Carla Sofia Pimenta da Costa

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação:
Professora Doutora Salomé Ferreira

Fevereiro de 2020
Escola Superior de Saúde

RESUMO

Introdução: A disfagia é um problema com elevada prevalência e comum a nível mundial, podendo afetar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Fatores como a idade avançada, institucionalização, deficiências neuromusculares, acidente vascular cerebral e intubação endotraqueal representam alguns dos fatores de risco associados à disfagia. A presença de disfagia está associada a maiores taxas de mortalidade e morbilidade, pelo risco acrescido de desnutrição e desidratação, risco de aspiração e consequente pneumonia de aspiração, aumentando o tempo de hospitalização e custo de internamento por doente. Em cuidados intensivos, a intubação endotraqueal e ventilação mecânica são procedimentos comuns, porém interferem com o normal processo de deglutição, originando frequentemente disfagias pós-extubação. Assim, neste contexto o enfermeiro assume um papel fulcral na avaliação precoce da deglutição e identificação de disfagia no doente internado em cuidados intensivos.

Objetivos: contribuir para a uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação da deglutição.

Metodologia: o trabalho de investigação centra-se na metodologia de projeto. Na fase de diagnóstico de situação realizamos um estudo qualitativo de carácter exploratório-descritivo. Os dados foram obtidos através da realização de entrevistas semi-estruturadas a 10 enfermeiros e da observação das práticas na avaliação da deglutição a 12 enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos, de um Hospital da região Norte.

Resultados: as práticas descritas pelos enfermeiros aquando da avaliação de deglutição, e na abordagem à pessoa com disfagia estão de acordo com a literatura, porém as intervenções mencionadas não foram uniformes e sistemáticas. Foi possível mostrar que os enfermeiros manifestam necessidades formativas, o que se torna num fator dificultador das práticas. Por outro lado, a presença do Enfermeiro de Reabilitação assume-se como um fator facilitador na avaliação da deglutição, bem como a existência de protocolo.

De acordo com estes resultados, foram definidos os objetivos do projeto e planeadas duas atividades: Ação de formação: Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce; e elaboração da proposta de procedimento de avaliação da Deglutição com recurso à escala de rastreio de disfagia: Escala de GUSS.

Conclusão: A ação de formação: Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce, foi realizada em abril de 2019, sendo os resultados do seu impacto imediato positivos, quando avaliado o nível de satisfação dos participantes

com a ação, relativamente à importância dos conhecimentos na melhoria do desempenho profissional.

A atividade “elaboração da proposta de procedimento de avaliação da Deglutição com recurso à escala de rastreio de disfagia: Escala de GUSS” será apresentada no sentido de ser aprovada pela comissão científica do Hospital e figurar como protocolo do serviço.

Palavras chave: Deglutição; Disfagia; Enfermagem; Unidade de cuidados intensivos; Intubação

ABSTRAT

Introduction: Dysphagia is a high prevalence problem, frequent all over the world, and can affect people through the life cycle. Factors such as old age, institutionalization, neuromuscular deficiencies, stroke and tracheal intubation represent some of the risk factors associated with dysphagia. The presence of dysphagia is associated with higher mortality and morbidity rates by the increased risk of malnutrition and dehydration, risk of aspiration and consequent aspiration pneumonia, increasing hospitalization time and cost of hospitalization per patient. In intensive care, tracheal intubation and mechanical ventilation are common procedures, but they interfere with the normal swallowing process, frequently leading to post-extubation dysphagia. In this context, the nurses assume a key role as professionals in the early assessment of swallowing and identification the patient in intensive care with dysphagia.

Objectives: contribute to the uniformity of nursing interventions in the assessment of swallowing.

Methodology: the investigation work is based on the project methodology. In the stage of situation diagnosis we realize a qualitative study, exploratory-descriptive character. The results have been obtained through semi-structured interviews with 10 nurses and observation of practices in the assessment of swallowing with 12 nurses in the Intensive Care Unit of a North Region Hospital.

Results: the practices described by nurses in the swallowing assessment and in the treatment of the person with dysphagia are in agreement with the literature, but the interventions mentioned were not uniform and systematic. It was possible to demonstrate that the nurses expressed formative needs, which becomes one of the factors identified. On the other side, the presence of the Rehabilitation Nurse is a facilitating factor in the assessment of swallowing, and also the existence of protocol. According to these results, the objectives of the project were defined and it was planned two activities: Formation action: Assessment of Deglutition - The role of the nurse in the assessment and early intervention; and the elaboration of the proposal protocol for assessment of the Deglutition using the Dysphagia Screening Scale: GUSS Scale.

Conclusion: The formation action: Assessmenof the Deglutition - The role of the nurse in the assessment and early intervention, was realized in April of 2019, and the results of its immediate impact were positive, when the level of satisfaction of the participants with the action was evaluated, in relation to the importance of the knowledge in the improvement of the professional performance.

The activity "Elaboration of the proposed protocol for assessment of Deglutition using the Dysphagia Screening Scale: GUSS Scale" will be presented in order to be approved by the scientific committee of the Hospital and to be included as protocol of the service.

Keywords: Swallowing; Dysphagia; Nursing; Intensive care unit; Intubation

AGRADECIMENTOS

O meu sincero agradecimento e gratidão a todas as pessoas que, de alguma forma, fizeram parte deste percurso, em particular:

À Professora Doutora Salomé Ferreira, pela orientação, sabedoria, rigor, e ainda pela enorme disponibilidade, Muito Obrigado.

A todos os professores deste Mestrado, pelos conhecimentos e experiências partilhadas, foram contributos ímpares neste percurso.

A todos os profissionais da UCIP que se disponibilizaram a colaborar e participar ativamente na realização deste estudo, sem os quais não teria sido possível a sua concretização. Obrigada a todos. “Uma equipa um projeto”.

A nível pessoal, às pessoas da “minha vida”, ao meu companheiro Rui, aos meus pais, à minha irmã e às minhas amigas do coração obrigada pelo encorajamento, apoio incondicional e compreensão pelas horas de ausência.

Por fim, a realização deste trabalho fez-se acompanhar pela fase mais especial e desafiadora da minha vida, a Maternidade. À minha filha Margarida que “deglutiu” todo este trabalho, obrigada por me mostrares a força e resiliência que desconhecia em mim!

PENSAMENTO

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência
é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

SUMÁRIO

RESUMO.....	II
ABSTRAT.....	IV
AGRADECIMENTOS	VI
PENSAMENTO.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE QUADROS.....	X
SIGLAS.....	XI
INTRODUÇÃO	9
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
CAPÍTULO 1 - PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO	13
1. DEGLUTIÇÃO	14
1.1 Anatomia e fisiologia da deglutição	14
1.2 Controlo neurológico da deglutição	18
1.3 Avaliação da deglutição	20
2. DISFAGIA	27
2.1 Disfagia Orofaríngea e Esofágica	30
2.2 Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição.....	33
CAPÍTULO 2 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O	
DOENTE COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA	39
1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO	40
2. ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO FACILITADOR DA APRENDIZAGEM NA ÁREA DA	
 DEGLUTIÇÃO.....	48
PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO	53
1. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO.....	54
2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	56
2.1 A problemática	57
2.2 Contextualização e participantes do estudo.....	59
2.3 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	59
2.4 Apresentação e análise dos resultados obtidos	62
2.5 Discussão dos resultados obtidos	75

3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS	79
4. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES.....	80
5. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES	85
6. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	87
7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	90
CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS.....	102
Anexo A – Escala de GUSS.....	103
Anexo B – Autorização à Comissão de Ética do Hospital da Zona Norte.....	106
Anexo C – Questionário de avaliação de satisfação da formação	109
APÊNDICES	111
Apêndice I – Função dos pares cranianos na deglutição	112
Apêndice II – Causa mais comuns da disfagia.....	115
Apêndice III – Posturas Compensatórias da Deglutição	117
Apêndice IV – Manobras de Deglutição.....	120
Apêndice V – Guião da entrevista.....	123
Apêndice VI – Grelha de Observação.....	127
Apêndice VII – Regras das Categorias	130
Apêndice VIII – Ação de formação	133
Apêndice IX – Proposta do procedimento de Avaliação de Deglutição	143
Apêndice X – Folheto informativo	149
Apêndice XI – Consentimento Informado.....	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Cavidade oral e estruturas associadas à deglutição	16
Fig. 2 Corte sagital da cabeça e pescoço. Representação das três fases da deglutição	18

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Potenciais mecanismos de alteração da deglutição	37
Quadro 2 Caracterização dos participantes.....	63
Quadro 3 Áreas Temáticas e Categorias.....	65
Quadro 4 Área Temática: Prática dos Enfermeiros na avaliação da deglutição	66
Quadro 5 Área Temática: Percepções das necessidades formativas na área da Deglutição	68
Quadro 6 Área Temática: Fatores facilitadores na avaliação da deglutição.....	69
Quadro 7 Área Temática: Fatores dificultadores na avaliação da deglutição.....	70
Quadro 8 Área Temática: Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia.....	71
Quadro 9 Resultados da observação das práticas dos enfermeiros	73
Quadro 10 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação Global.....	88
Quadro 11 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação do Impacto da Formação.....	88
Quadro 12 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação do Formador .	89

SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EAT-10	Eating Assessment Tool
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EUA	Estados Unidos da América
FOIS	Functional Oral Intake Scale
GUSS	The Gugging Swallowing Screen
OE	Ordem dos Enfermeiros
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SNG	Sonda nasogástrica
TOR-BSST	The Toronto Bebside Swallowing Screening Test
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
WGO	World Gastroenterology Organization

INTRODUÇÃO

O processo de deglutição é fundamental para a manutenção da vida, permite o transporte dos alimentos desde a sua ingestão até ao estômago, iniciando o processo da digestão e promove a eliminação de saliva da cavidade oral, evitando a sua passagem para as vias respiratórias. Assim o ato de deglutição apresenta assim duas funções vitais: nutrição via oral e a proteção das vias aéreas (Cardoso [et. al.], 2011). É um processo sinérgico, composto por diferentes fases, mas intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmoniosas (Braga, 2016).

A complexidade da deglutição advém da perfeita conexão neurológica e do sincronismo de ações musculares e envolve estruturas ósseas, mais de vinte grupos musculares (cavidade oral, faringe e esófago), seis pares de nervos cranianos específicos e centros de controlo cerebrais (Miller, 2008). Portanto, qualquer alteração à normal dinâmica da deglutição pode conduzir à disfagia, sendo por vezes a primeira manifestação de determinadas doenças (Miller, 2008; Ferreira, 2018)

Segundo a World Gastroenterology Organization (WGO), a disfagia pode ser descrita como a dificuldade em iniciar a deglutição, ou a sensação de que alimentos sólidos/ou líquidos estão retidos na transição da boca para o estômago, portanto é a percepção da impossibilidade da passagem normal dos alimentos/líquidos deglutidos (WGO, 2014). Este problema é um distúrbio com sinais e sintomas específicos, que são caracterizados por alterações em qualquer etapa, ou entre as etapas da dinâmica de deglutição, podendo ser congénitas ou adquiridas (WGO, 2014; Braga, 2016)

A disfagia é um problema com elevada prevalência, e comum a nível mundial, afetando entre 40 a 70% dos doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC); 60 a 80% dos doentes com doenças neurodegenerativas; até 13% dos adultos com mais de 65 anos; cerca de 51% dos pacientes idosos institucionalizados, bem como 60 a 75% dos pacientes submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça ou pescoço (WGO, 2014).

Diversas condições foram identificadas como fatores de risco associados à disfagia, nomeadamente a idade avançada, internamento hospitalar, institucionalização, redução da função cognitiva, alimentação por sonda, deficiências neuromusculares, AVC, prevalência de doenças associadas; polimedicação e intubação endotraqueal (Paiva, Xavier e Farias, 2013; Park [et. al.], 2013; Roy [et al.], 2007; Schefold [et. al.], 2017).

A presença de disfagia, isolada ou em combinação com outras incapacidades funcionais, está associada a maiores taxas de mortalidade, e a um pior prognóstico de recuperação e reabilitação. Isto deve-se à frequente associação de doenças com prognósticos

reservados, e às complicações decorrentes da disfagia como: maior risco de desnutrição, desidratação, aspiração e pneumonia de aspiração (Marques, André e Rosso, 2008; Santoro, 2008; Paiva, Xavier e Farias, 2013). Além de fator de co-morbilidade, a disfagia prolonga o tempo de internamento hospitalar, e consequentemente aumenta o custo de internamento hospitalar por doente (Santoro, 2008; Almeida et al. 2016).

Desta forma, a avaliação precoce e rotineira da deglutição, bem como a aplicação de intervenções específicas (profiláticas e terapêuticas) parecem proporcionar um nível mais seguro de cuidados, e reduzir a incidência de complicações relacionadas com a disfunção (Marques, André e Rosso, 2008; Wener, 2010).

O interesse pelo estudo desta problemática teve início no contexto profissional e a pertinência desta temática prende-se primeiramente com uma inquietude pessoal, relacionada com a avaliação da mesma.

A literatura descreve, frequentemente, presença de disfagia orofaríngea após um período de intubação endotraqueal (24 a 48h) (Padovani [et. al], 2008; Skoretz, Flowers e Martinho, 2010). Apesar dos diversos estudos serem consensuais sobre o efeito negativo do tubo endotraqueal no processo de deglutição, ainda não é totalmente conhecida a etiologia da disfagia após a intubação endotraqueal e ventilação mecânica. O traumatismo orofaríngeo e laríngeo; a atrofia muscular pelo desuso; a alteração do estado de consciência; o efeito residual de opióides; a supressão do reflexo de tosse e de deglutição entre outros são os fatores de risco identificados para o desenvolvimento de disfagia pós extubação (Ajemian [et. al.], 2001; Goldsmith, 2000; Johnson et al., 2018; Schefold [et. al.], 2017).

Nesta lógica de prevenção de complicações e compreendendo o impacto negativo da disfagia no doente internado em cuidados intensivos, e que num determinado momento é extubado oro/nasotraquealmente, além da monitorização e níveis de vigilância anteriores, deve ser avaliado quanto à sua capacidade de deglutição, pelo risco acrescido que apresenta de disfagia orofaríngea após a intubação endotraqueal.

A Enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar pressupõe “um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos” que permitem garantir a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, maximizando a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento nº 125/2011, p. 8658).

Considerando a reabilitação como uma intervenção ativa para conquistar a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida, Hoeman (2011) revela que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) encontra-se numa posição privilegiada. Importa ressaltar que no processo de reabilitação é essencial o envolvimento

e colaboração de todos os elementos constituintes da equipa multidisciplinar, pois todos os profissionais de saúde são mediadores no processo de reabilitação.

Após termos aprofundado o conhecimento sobre a temática da disfagia, e como forma de dar resposta às preocupações/inquietudes, surge este trabalho cuja finalidade é contribuir para a uniformização das práticas dos Enfermeiros na avaliação da deglutição, fomentando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e com risco de disfagia.

Este trabalho inserido na Metodologia de Projeto, tem como objetivo geral: Contribuir para a uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação da deglutição. E como objetivos específicos delineamos os seguintes: Identificar as práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição; Aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o processo de deglutição e a sua avaliação; Sensibilizar a equipa de enfermagem para as complicações da intubação endotraqueal no processo de deglutição; Promover a implementação de um instrumento de avaliação da deglutição na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Apresentar uma proposta de protocolo de avaliação da deglutição.

O presente trabalho, inicia-se pela introdução onde, de uma forma breve, é exposta a temática em estudo, o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo. Segue-se a primeira parte que corresponde ao enquadramento teórico onde é abordado o processo de deglutição e disfagia, e ainda a intervenção do EEER ao doente com deglutição comprometida e o seu papel como facilitador da aprendizagem da prática de enfermagem. Na segunda parte do trabalho, é apresentado todo percurso metodológico para a prossecução do estudo, incluindo o diagnóstico de situação, os resultados obtidos, assim como a sua análise e discussão; são descritos os objetivos do projeto, o planeamento e desenvolvimento das atividades, por fim é realizada uma avaliação das mesmas. Posteriormente é apresentada uma análise ética inerente ao estudo e por fim as conclusões e principais implicações de todo o trabalho desenvolvido.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - PROCESSO DE DEGLUTIÇÃO

A deglutição é uma combinação complexa de movimentos voluntários e involuntários, em que os alimentos sólidos e líquidos são transportados da cavidade oral para o estômago, através da faringe e do esôfago (White *et al*, 2008). É um “processo neuromuscular complexo, que exige comunicação entre os sistemas nervoso central e periférico e ações coordenadas entre a cavidade oral, laringe, músculos, nervos cranianos e encéfalo.” (Hoeman, 2011, p. 299), passamos de seguida à sua caracterização.

1. DEGLUTIÇÃO

Segundo Braga (2016), a deglutição é um processo sinérgico constituído por diversas fases intrinsecamente relacionadas e sequenciais, podendo ser definida como um conjunto de mecanismos neuromotores que possibilitam a passagem do conteúdo oral para o estômago de forma efetiva, com participação ativa da faringe e esôfago.

O processo de condução do alimento da boca até ao estômago, resulta assim da ação sincronizada de vários grupos musculares da cavidade oral, faringe, laringe e esôfago. Depende ainda da integridade do sistema nervoso central (SNC) e da adequada função fisiológica do tronco cerebral e pares cranianos, uma vez que ocorrem respostas motoras padronizadas e modificáveis de acordo com as características dos estímulos, volume e consistências alimentares. Existe desta forma uma interligação entre os músculos faciais, pares cranianos, cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, que transportam o conteúdo alimentar da cavidade oral para o estômago, sem permitir a entrada de substâncias nas vias aéreas (Miller, 2008).

O mesmo autor enfatiza que o estudo da deglutição implica conhecer os mecanismos anatómicos, fisiológicos e neurológicos já que tem uma relevância do ponto de vista clínico. Sublinha-se assim a importância da avaliação destas estruturas, para verificar a sua funcionalidade bem como a presença ou não de alterações nestas estruturas. Só assim é possível identificar alterações à normalidade e implementar intervenções especializadas, prevenindo complicações.

1.1 Anatomia e fisiologia da deglutição

Braga (2016, p. 181) descreve a deglutição como “um fenómeno complexo, com componentes voluntárias e reflexas que envolve vinte e seis pares de músculos e seis nervos cranianos”, entre as diversas estruturas anatómicas que participam do processo da deglutição, podemos destacar: a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esôfago.

A cavidade oral é um órgão complexo composto por músculos, glândulas e revestida por diferentes tipos de células sensoriais que têm um papel na deglutição. Desta estrutura

fazem parte os lábios, bochechas, gengivas, palato (duro e mole), úvula, paucos anterior e posterior, amígdalas palatinas, glândulas salivares, dentes, maxilares e língua. Relativamente aos músculos da cavidade oral os mais importantes na deglutição são o orbicular da boca, bucinador, músculos da língua e músculos supra-hióideos. As células mecanorreceptoras cobrem uma grande parte da cavidade oral, e estão mais concentradas na ponta da língua, e ao longo da linha média do palato. Quando as células sensoriais do palato são estimuladas com a pressão, produzem-se movimentos peristálticos da língua. Células termorreceptoras e quimiorreceptoras também se encontram presentes na cavidade oral, predominantemente na língua (Braga, 2016).

A faringe estende-se desde o palato mole até à cartilagem cricoide, em forma de um tubo musculomembranoso, com cerca de 12 a 14 cm, e subdivide-se em três partes: a nasofaringe (parte nasal), orofaringe (parte oral) e hipofaringe (parte laríngea). É formada por vinte e seis pares de músculos constritores e estriados, o músculo constritor superior, médio e inferior são os responsáveis pela propulsão dos alimentos ao longo da faringe, durante a deglutição. As fibras do músculo constritor inferior estão ligadas aos bordos laterais da cartilagem tiroideia, formando os seios piriformes e terminando no músculo cricofaríngeo, na região mais inferior da faringe. Este músculo em repouso está contraído, e evita a entrada de ar no esófago durante a respiração e ainda o refluxo dos alimentos pelo esófago para a faringe. Durante a deglutição, o músculo cricofaríngeo relaxa e permite a passagem dos alimentos para o esófago.

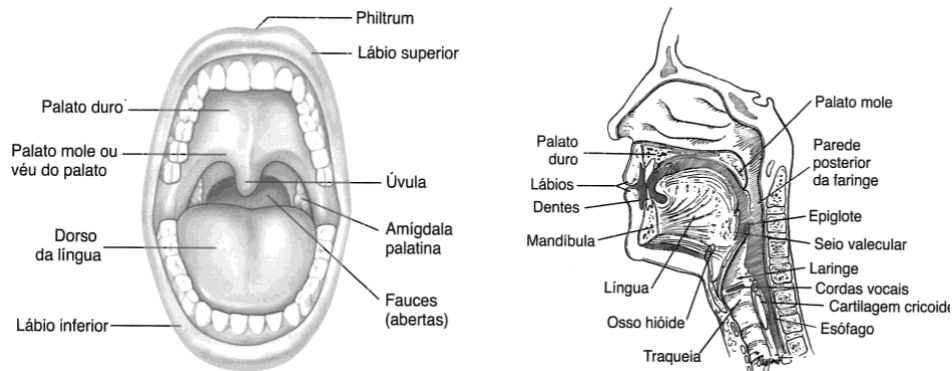
A Laringe é composta por várias cartilagens, sendo a tiroide e a cricoide o seu esqueleto, a nível interno apresenta as cartilagens aritenóideas. Esta estrutura anatómica inclui também as pregas ariepiglóticas, as cordas vocais verdadeiras e as falsas. Os músculos da laringe apresentam três funções fundamentais: em abdução, abrem para a glote permitir a passagem do ar; em adução, fecham a glote para proteger a via aérea durante a deglutição; e regulam a tensão das cordas vocais para permitir a fonação.

A epiglote tem origem na laringe, na base da língua e localiza-se anteriormente à hipofaringe, na extremidade superior da traqueia. Os espaços que se formam entre a base da língua e as faces laterais da epiglote são as valéculas. Nestes espaços acumulam-se alimentos antes ou após o ato de deglutição. Durante o reflexo de deglutição a laringe eleva-se, a epiglote desloca-se posteriormente e para baixo, as pregas ariepiglóticas e as cordas vocais verdadeiras e falsas fecham para proteger a via aérea (Braga, 2016).

O tubo muscular, revestido por uma mucosa que propulsiona o alimento da hipofaringe ao estômago é denominado esófago, mede aproximadamente entre 23 a 25cm e apresenta um esfíncter superior e inferior, que se contrai quando os alimentos estão no estômago

para evitar a regurgitação. No terço superior do esôfago as paredes são revestidas por músculos estriados, e nos dois terços inferiores por músculos lisos, sendo o seu peristaltismo regulado pelo sistema nervoso autônomo. As forças que empurram o bolo alimentar através do esfíncter esofágico superior são geradas pelos movimentos da língua na faringe. A abertura e encerramento do esfíncter ocorre quando a laringe está no seu ponto de elevação máxima.

Fig. 1 Cavidade oral e estruturas associadas à deglutição



Fonte Hoeman, 2008

Apesar da deglutição ser considerada um processo contínuo, pode ser dividida em fases. Os diferentes autores consideram a divisão da deglutição em duas, três ou quatro fases, consoante a consideração de estruturas anatómicas e funcionais, o ato voluntário e involuntário (Hoeman, 2011). A divisão mais consensual é baseada nas características anatómicas e funcionais, e subdivide-se em três fases essenciais: a fase oral, faríngea e esofágica (Khan, Carmona e Traube, 2014; WGO, 2014). Importa ressaltar que as fases orais e faríngeas estão altamente relacionadas, podendo designá-las por deglutição orofaríngea, de ação voluntária, e que incluem a alimentação, mastigação, deglutição, fala e respiração. Ao invés, a fase esofágica é essencialmente reflexa e acontece através de um relaxamento e contração de diferentes músculos designado por peristaltismo esofágico (White [et. al.], 2008; Hoeman, 2011; Ferreira, 2018;). Deste modo, optamos por descrever a classificação mais comum que ocorre em três fases:

➤ Fase Oral

A fase oral da deglutição é sobretudo uma ação voluntária, com duração variável dependendo do sabor, fome, motivação e consciência da pessoa. Esta fase subdivide-se ainda em dois momentos: fase oral preparatória e a fase oral propriamente dita.

Na fase oral preparatória, há uma consciencialização que a pessoa se irá alimentar, os alimentos são levados à boca e inicia-se o processamento do alimento, através da mastigação até à formação do bolo alimentar. Os recetores presentes na boca reconhecem

o alimento (consistência, cheiro, gosto e volume). Aqui, a faringe e a laringe encontram-se em repouso, estando a via aérea aberta. A contração do músculo palatoglosso posiciona-se prevenindo uma ação involuntária de progressão do alimento para a faringe. Existe todo um processo de incisão, trituração e pulverização do alimento, até atingir um tamanho suficientemente pequeno, através da ação dos músculos da mastigação, músculos intrínsecos e extrínsecos da língua, orbicular dos lábios, bucinador e músculos orofaciais, é fundamental na integridade desta fase. A duração desta fase depende do tempo de mastigação, uma vez que este varia de pessoa para pessoa. O tempo que o bolo alimentar deve permanecer na cavidade oral, é de 10 a 20 segundos.

Seguidamente na fase oral propriamente dita, ocorre o movimento do alimento da parte anterior da boca até aos arcos palatinos, onde o reflexo da deglutição é desencadeado, e inicia-se a propulsão do bolo alimentar pela elevação da língua, terminando com a produção de uma deglutição. Este movimento do bolo alimentar é executado por um impulso antero-posterior da língua que o acomoda e propulsiona para a parte posterior. Os músculos envolvidos são o elevador do véu palatino, tensor do véu e o palato faringe. Nesta fase, a via aérea está aberta e a respiração nasal continua até que a deglutição ocorra.

➤ Fase Faríngea

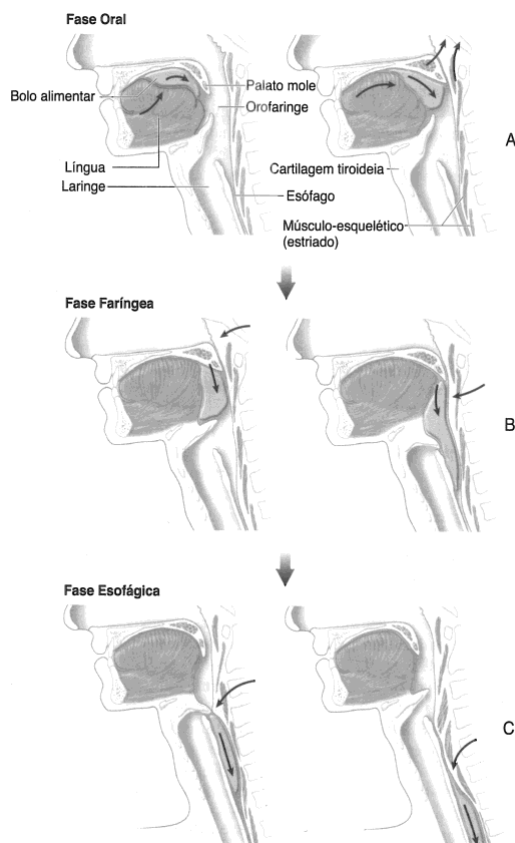
A fase faríngea está descrita como reflexa ou involuntária e inicia-se com o complexo mecanismo da deglutição. É a parte mais complexa da deglutição, engloba uma sequência de movimentos coordenados, podendo ser dividida em dois movimentos básicos: primeiro a elevação de todo o tubo faríngeo, incluindo a laringe, e em segundo uma onda peristáltica descendente. Este reflexo conduz a múltiplos processos: oclusão da nasofarínge pelo palato mole, evitando a passagem do bolo alimentar para a cavidade nasal; a parede posterior da faringe anterioriza-se, comprimindo o bolo alimentar contra o dorso da língua e impedindo a sua passagem para a cavidade oral; a glote fecha pela ação da epiglote, protegendo a via aérea; a respiração é suspensa temporariamente e neste instante há a elevação do osso hióide pela acção dos músculos supra-hióideos; ocorre um relaxamento do esfíncter cricofaríngeo, que permite a passagem do bolo alimentar para o esófago; por fim reinicia-se a respiração, através do relaxamento do constritor superior da faringe e contração do esfíncter faringoesofágico. Portanto, é essencial a existência de coordenação entre a respiração e a deglutição. Este processo leva cerca de 1 segundo a 1,5 segundos, dependendo da viscosidade do bolo alimentar.

➤ Fase Esofágica

A fase esofágica, última fase da deglutição, também é reflexa ou involuntária e consiste na condução do bolo alimentar do esôfago até à entrada no estômago, através da contração

dos músculos estriados e lisos do esôfago, sendo designado por peristaltismo esofágico. A musculatura estriada e lisa do esôfago, emite ondas peristálticas que evitam o refluxo esôfago-esofágico e/ou gastro esofágico. O processo da deglutição é finalizado, quando a onda peristáltica primária alcança o esfíncter inferior do esôfago, o qual relaxa e permite a passagem do bolo alimentar para o estômago, dando início ao processo de digestão.

Fig. 2 Corte sagital da cabeça e pescoço. Representação das três fases da deglutição



Fonte: Hoeman, 2011

1.2 Controle neurológico da deglutição

O controle das fases oral, faríngea e esofágica representam uma perfeita coordenação entre o tronco cerebral, vias centrais do córtex e o sistema nervoso entérico do esôfago (Miller, 2008). Este processo requer coordenação de seis nervos cranianos trigêmeo (V), facial (III), glossofaríngeo (IX), vago (X), acessório (XI) e hipoglosso (XII)), tronco cerebral, córtex e músculos da boca, faringe e esôfago (Apêndice I). Trata-se de uma ação neuromuscular sinérgica iniciada voluntariamente, visando o fornecimento de nutrientes essenciais à manutenção da vida. Para que a deglutição seja eficaz e segura é necessário a preservação do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas, o que inclui a sensibilidade e vias motoras (Miller, 2008).

Segundo Mendes (2009) as áreas de ativação que intervêm na deglutição são mais extensas do que as áreas relativas ao controle da respiração, uma vez que envolvem outras funções como o paladar do bolo alimentar, o movimento da mandíbula e língua associado com o movimento do para a orofaringe que provoca a deglutição faríngea reflexa.

O controle neurológico da deglutição envolve diversas estruturas, entre elas, o cérebro, gânglios basais, hipotálamo, amígdala, cerebelo e mesencéfalo, tronco cerebral e pares cranianos. Outras estruturas encefálicas importantes na deglutição são o diencefalo, em especial o tálamo; o mesencéfalo porque induz a deglutição e contribui para a sequência e coordenação após o início do reflexo, e engloba os núcleos motores dos nervos cranianos, Trigêmeo (V) e o Facial (VII); o bulbo raquidiano, pelos neurónios motores dos nervos cranianos Glossofaríngeo (IX), Vago (X) e o Acessório (XI); o cerebelo, pela coordenação dos movimentos nomeadamente os articuladores, na aprendizagem motora e no automatismo dos movimentos. O nervo Acessório (XI) está relacionado com o posicionamento do pescoço e cabeça, importantes para uma deglutição eficaz (Braga, 2016).

Na fase oral (voluntária), momento em que o alimento é colocado na boca do indivíduo, ocorre o encerramento dos lábios, selando-se a porção anterior da boca e ocorre uma pressão positiva. Ao longo da mastigação ocorre uma alteração da consistência do alimento, ao se misturar com a saliva. O bolo alimentar é posicionado na linha média, entre o palato duro (controle do bolo alimentar) e a parte anterior da língua, que por sua vez sofre uma elevação posterior. Os nervos trigêmeo (V), facial (VII) e glossofaríngeo (IX) transmitem o sabor dos alimentos, através de uma informação sensorial aferente. As fibras motoras do Trigêmeo (V) inervam os músculos da mastigação (tensor do véu do palato, milo-hióideo e o ventre anterior do digástrico).

Por outro lado, os músculos que encerram os olhos, músculos das bochechas e lábios dependem da função motora do nervo facial (VII). Os músculos intrínsecos, extrínsecos e ipsilaterais da língua são inervados principalmente pelo nervo Hipoglosso (XII).

Na fase faríngea (involuntária), o bolo alimentar é impedido de entrar na porção nasal da faringe pela elevação do palato mole, a respiração é inibida e acontecem contrações sucessivas dos músculos constritores deslocam o alimento pela faringe. Em seguida, o istmo faríngeo é fechado, pela tensão e elevação do palato mole causada pelos músculos tensor e elevador do véu palatino. Os recetores sensoriais da orofaringe conectam com os pares cranianos IX e X, que por sua vez transmitem sinais para os “centros da deglutição” na formação reticular da medula no tronco cerebral. Isto porque, o estímulo de disparo da

fase faríngea (involuntária), não está totalmente definido. Logo, múltiplos recetores que iniciam a deglutição podem ser identificados na região orofaríngea.

Por fim, na fase esofágica (involuntária) ocorre um movimento peristáltico ao longo do esófago até atingir o esfíncter inferior do esófago, em cerca de 6 a 9 segundos após a abertura do esfíncter esofágico superior. Nesta fase, surgem as ondas peristálticas secundárias, que seguem através de uma onda propulsiva que encontrando o esfíncter esofágico inferior permeável determina a entrada do alimento no estômago.

Perante o exposto, é indispensável a integridade da sensibilidade das fibras motoras e sensoriais dos cinco pares cranianos, considerados principais (trigêmeo, facial, glossofaríngeo, vago e hipoglosso) que atuam no controle da deglutição em sinapse com o córtex cerebral, tronco cerebral e cerebelo e do tônus dos músculos envolvidos no processo da deglutição. Portanto, a deglutição ocorre de forma voluntária e involuntária, e envolve atividades sensoriais e motoras por meio dos pares cranianos e outras funções vitais como a respiração, assim qualquer alteração desta dinâmica da deglutição pode conduzir à disfagia, sendo por vezes a primeira manifestação de determinadas patologias (Miller, 2008; Ferreira, 2018).

1.3 Avaliação da deglutição

A avaliação da capacidade de deglutição assume uma posição de destaque, principalmente pela minimização de complicações associadas à disfagia e, ainda por servir de base à construção de diretrizes para o diagnóstico, planeamento da reabilitação e aferir os resultados do tratamento. Nesta avaliação é importante o conhecimento das estruturas anatómicas e dos processos neurofisiológicos envolvidos, bem como anamnese detalhada e exame físico, história clínica do doente (Cardoso [et. al.], 2011).

Avaliar a capacidade de deglutição antes da administração de alimentação ou medicação por via oral é fundamental para avaliar e controlar o risco associado à deglutição (Braga, 2016). Embora sejam consensuais as guidelines sobre a avaliação da deglutição e a importância da mesma, diferentes autores referem que o método mais adequado e a responsabilidade dessa determinação permanecem ainda por clarificar (American Speech Language Hearing Association, 2004; Anderson e Willson, 2012; Braga, 2016; WGO, 2014).

Após a literatura consultada, podemos considerar que a avaliação da deglutição ao doente com risco de disfagia divide-se em duas etapas: a triagem (*screening*, em inglês) e a avaliação (*assessment*, em inglês) (American Speech Language Hearing Association, 2004).

A triagem ou rastreio da disfagia é considerada a primeira etapa da avaliação da deglutição, e corresponde à aplicação de um questionário/entrevista e à observação de sinais e sintomas de disfagia. Esta primeira fase permite identificar os doentes com mais probabilidade de apresentar problemas na deglutição, e define se o doente “passa” ou “falha” neste rastreio. Estes instrumentos ou escalas de avaliação, em geral, são não invasivos, rápidos e fáceis de aplicar, produzem resultados fiáveis e iguais, mesmo quando aplicados por diferentes profissionais de saúde. Igualmente, alguns destes testes de triagem calculam o risco de aspiração do doente, ajudam o profissional de saúde a decidir sobre a referenciação para profissionais especializados na área da deglutição, podendo recorrer à avaliação clínica e sugerem alterações diatéticas (American Speech Language Hearing Association, 2004).

Uma revisão sistemática da literatura levada a cabo por Etges [et al.] (2014), concluiu que a nível mundial os instrumentos/questionários são bastante heterogéneos, desenvolvidos para populações diferentes (crianças, adultos, idosos), sendo o objetivo principal a identificação de indivíduos com alteração da deglutição. Verifica-se ausência de consenso sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste do compromisso da deglutição, sendo da responsabilidade do profissional de saúde escolher o instrumento que melhor se adapte à sua realidade de intervenção, ao funcionamento do serviço e ao perfil dos doentes a avaliar.

A avaliação (propriamente dita) da deglutição, corresponde a um método mais vasto, já que compreende os resultados obtidos pelo teste de triagem, da avaliação não instrumental (não invasivo) e da avaliação instrumental (invasivo) (Cardoso [et. al.], 2011). Contudo, importa perceber que o propósito de uma avaliação não invasiva é analisar e observar todo o processo de deglutição, identificando sinais e sintomas preditivos de disfagia. Uma avaliação não invasiva pode fornecer informações suficientes para um diagnóstico de disfagia orofaríngea, todavia, a avaliação invasiva fornece resultados mais sensíveis e específicos, como a confirmação de aspiração e identificação objetiva de problemas fisiológicos (fase faríngea e esofágica).

Na literatura estão descritos diferentes meios complementares de diagnóstico, que constituem a avaliação clínica invasiva da disfagia, o de maior relevância é a videofluoroscopia; a videoendoscopia da faringe e laringe; a endoscopia alta; manometria faringoesofágica de alta resolução, entre outros. Estes exames permitem identificar alterações da deglutição, pois fornecem informação relevante acerca da anatomia e fisiologia dos músculos e estruturas envolvidas. Possibilitam ainda avaliar a capacidade de deglutição de alimentos com diferentes texturas, documentam o estado de proteção das vias aéreas, bem como a coordenação entre a respiração e deglutição e ajudam a avaliar

o impacto de algumas manobras de intervenção na função da deglutição e na proteção das vias aéreas (American Speech Language Hearing Association, 2004). Porém, estes procedimentos além de implicarem custos, são de baixa acessibilidade e implicam a deslocação do doente até às salas de exame, não sendo possível em algumas situações pela condição clínica do doente (Cardoso [et. al.], 2011; Marques, André e Rosso, 2008; WGO, 2014).

Por outro lado, a avaliação clínica não invasiva da deglutição baseia-se na anamnese detalhada, no exame físico dirigido à especificidade da deglutição, na avaliação morfodinâmica ou funcional e por fim, no teste de ingestão oral (Cardoso [et. al.], 2011). Esta avaliação fornece informações úteis e ajudam frequentemente a perceber onde se localiza a perturbação, se a disfunção é funcional ou estrutural, e qual a etiologia subjacente, permitindo prognóstico e possível tratamento dos doentes com alterações da deglutição (WGO, 2014). Portanto, na abordagem ao doente com risco de alteração da deglutição a história clínica anterior, história da doença atual, o nível de vigília, a qualidade vocal, as características da ventilação, a limpeza das vias aéreas, a avaliação da face, lábios e língua, a capacidade para mastigar, o controlo cervical e ainda o grau de dependência, podem predizer o risco ou a presença efetiva de compromisso da deglutição. Estas informações fornecem ainda dados importantes para detetar a causa e a localização do compromisso da mesma (Braga, 2016; Cardoso [et.al.], 2011; Goyal, 2009).

A avaliação das características sociodemográficas do doente, o aspeto geral, o diagnóstico clínico, a função respiratória, o nível de consciência, a comunicação, a história alimentar, a duração média da refeição, a duração e a evolução dos sintomas, o aparecimento da disfagia de forma aguda ou progressiva, o tipo de alimento que causa a disfagia, a perda de peso associado, presença de dor torácica, a repercussão na vida do doente, as dificuldades sentidas pela mesmo durante a mastigação e deglutição fornecem igualmente informações úteis, que permitem fornecer um diagnóstico provável em mais de 80% dos doentes (Goyal, 2009).

Relativamente à avaliação física, compreende a avaliação isolada de estruturas anatómicas da cabeça e pescoço, especificamente da cavidade oral e orofaríngea, lábios, língua, palato mole e a laringe, uma vez que estas estruturas assumem um papel crucial na dinâmica da deglutição. Incluem a simetria da face, a mobilidade, sensibilidade e simetria dos lábios (abertura, fechamento, beijos e insuflação das bochechas); a mobilidade e sensibilidade da língua (protrusão e retração); a mobilidade e força mandibular; a mobilidade do palato mole (insuflação das bochechas, vocalização de sons como “ah” “la”); a mobilidade e morfologia da laringe (Hoeman, 2011). São importantes igualmente o controlo da cabeça na posição de sentado, a aparência da mucosa da

cavidade oral, próteses dentárias e sua integridade, a capacidade de fazer apneia voluntária, a eficácia da tosse, o movimento laríngeo, a capacidade de deglutir saliva e a presença do reflexo de vômito (Braga, 2016).

A oximetria de pulso e a auscultação cervical, de acordo com vários autores (Braga, 2016; Marques, André e Rosso, 2008) são outros métodos complementares para a avaliação da deglutição e o risco de disfagia. Embora estes métodos isolados não apresentem sensibilidade nem especificidade na deteção do risco de aspiração, tratam-se de métodos não invasivos e que requerem pouca colaboração por parte do doente, tornando-se fácil de aplicar.

Braga (2016), menciona que a nível mundial, não há consenso absoluto relativamente à consistência e volume de alimentos que devem ser oferecidos aos doentes ao longo da avaliação da deglutição, porém um aspeto a reforçar é de que a avaliação da deglutição não se inicia com a ingestão de alimentos. Portanto, independentemente do teste de triagem a utilizar, é importante serem asseguradas determinadas condições para a sua aplicabilidade: a manutenção de um ambiente calmo e livre de distrações; o posicionamento do doente na posição sentada; a garantia de material para aspiração de secreções; a garantia de que a pessoa compreende o procedimento e a não utilização de leite e derivados na avaliação inicial, pois potenciam o surgimento de secreções viscosas.

A nível nacional têm sido desenvolvidos esforços no sentido de validar uma escala que permita avaliar o compromisso da deglutição. Num trabalho desenvolvido por Queirós [et. al.] (2013), com o objetivo de contribuir para a adaptação e validação cultural e linguística Portuguesa das escalas Eating Assessment Tool (EAT-10) e Functional Oral Intake Scale FOIS, concluiu-se que estas duas escalas apresentam níveis adequados de fiabilidade e validade para doentes com disfagia orofaríngea decorrente de AVC. Os autores referem que estas duas escalas apresentam diferenças consideráveis no que respeita à necessidade ou não de uma avaliação funcional e à necessidade de colaboração do doente, contudo ambas são de fácil e rápida aplicação, quando comparadas com as outras.

A **EAT-10** é uma escala desenvolvida por Belafsky [et. al.] (2008), e é um instrumento de avaliação da disfagia centrado no doente, uma vez que pode ser o doente a realizar o preenchimento dos vários itens da escala. É fácil de aplicar, com uma demora média de dois minutos e não necessita de uma avaliação funcional prévia. O EAT-10 foi traduzido e validado para a população portuguesa por Queirós [et. al.] (2013) e avaliada a sua validade e confiabilidade por Nogueira [et. al.] (2015). De acordo com os mesmos autores, o EAT-10 é um instrumento aplicável a todos os doentes com compromisso da deglutição, independentemente do seu diagnóstico ou estágio da condição clínica, salientam ainda

que a finalidade deste instrumento é avaliar a severidade dos sintomas, a qualidade de vida do doente e a eficácia do tratamento.

A **FOIS** é uma escala de avaliação funcional da deglutição que foi desenvolvida, avaliada do ponto de vista psicométrico por Crary [et. al.] (2005), foi adaptada e validada para a língua portuguesa por Queirós [et. al.] (2013). Trata-se de uma escala desenvolvida com a finalidade de descrever o nível funcional do doente para a ingestão oral, tendo em conta as alterações detetadas na avaliação clínica. Os mesmos autores referem que a FOIS tem uma duração média de aplicação de 5 minutos e poderá ser empregue por profissionais de saúde como os enfermeiros ou terapeutas da fala.

Tal como a EAT-10, a FOIS é uma escala transversal a todos os doentes com deglutição comprometida, não sendo necessária a colaboração dos mesmos, nem o recurso a métodos invasivos (videofluroscopia ou endoscopia). Apresentam-se como dois instrumentos de fácil aplicação, sendo uma mais-valia para a avaliação do compromisso na deglutição e respetiva reabilitação (Queirós [et. al.], 2013).

Numa revisão sistemática da literatura sobre a avaliação clínica não invasiva da disfagia no AVC, Cardoso [et. al.], (2011) destacaram duas escalas de avaliação da disfagia, The Gugging Swallowing Screen – Escala de GUSS (Tralp et al., 2007) e The Toronto Bebside Swallowing Screening Test – Escala de TOR_BSST (Martino [et. al.], 2008). Os autores concluíram que ambos os testes podem ser realizados de forma independente, desde a fase aguda, apresentam excelente índice de concordância entre profissionais com a mesma ou diferentes especializações (médicos, enfermeiros, terapeutas), desde que treinados no método. O teste GUSS apresenta elevada fiabilidade (100% de sensibilidade para doentes agudos e em reabilitação) no diagnóstico de disfagia e previsão do risco de aspiração e o teste TOR-BSST apresenta elevada sensibilidade (96,3% para doentes agudos; 80% para doentes em reabilitação) e razoável especificidade (66,7%) no diagnóstico de disfagia, comparando com os resultados da videofluoroscopia (exame de avaliação invasiva da disfagia). Os mesmos autores referem que ambos os instrumentos de avaliação demonstram elevados índices de validade e fidelidade.

O **teste TOR-BSST** (Martino [et. al.], 2008) é constituído por cinco itens: voz prévia, movimentos da língua, sensibilidade faríngea, deglutição da água, voz posterior. Denotando dificuldades em diferenciar o reflexo de vômito da sensibilidade faríngea, este item acabou por ser excluído da avaliação pelos autores. O presente teste realiza-se através de dois testes orais breves e um teste de deglutição de água.

A **escala de GUSS** é um dos instrumentos validados, que foi desenvolvido para ser de simples utilização, à cabeceira do doente, e além de avaliar o grau de disfagia avalia

também o risco de aspiração, recomendando a textura da dieta. Segundo os autores Trapl [et. al] (2007), a escala GUSS calcula o risco de aspiração com 100% de sensibilidade e 50% de especificidade, concluindo assim que esta escala oferece um método rápido e de confiança para identificar a disfagia e o risco de aspiração em doentes com AVC. Um estudo realizado com 146 doentes com AVC, verificou que a triagem precoce e sistemática da disfagia pela aplicação da Escala de GUSS e o reforço da higiene oral reduziu a incidência de pneumonia de aspiração, verificada imagiologicamente por raio-x (Sorensen [et. al.], 2013).

A utilização da escala de GUSS pressupõe duas fases de execução:

- teste de deglutição indireto: onde é realizada uma avaliação inicial através da saliva (ou spray substituto de saliva nos doentes incapazes de a produzir), é avaliada a vigília, tosse voluntária, deglutição da saliva, sialorreia e disfonia;
- teste de deglutição direto: subdividindo-se em três testes de avaliação de semisólidos, líquidos e sólidos, apreciando a deglutição, a tosse involuntária, a sialorreia e a disfonia.

A cada item é atribuído um máximo de cinco pontos, correspondendo uma maior pontuação a uma melhor deglutição. Na primeira fase, teste indireto, o avaliador avalia o estado de vigília, presença de tosse voluntária, deglutição da saliva, presença de sialorreia e disfonia. A cada item é atribuído 0 pontos (patológico) ou 1 ponto (fisiológico). Na segunda fase, teste direto, avalia-se a deglutição, tosse involuntária, sialorreia e disfonia, em três períodos sequenciais: com ingesta de semissólidos (água espessada com consistência de pudim); ingesta de líquidos (3, 5, 10, 20 e 50 ml); finalizando com ingestão de sólidos (5 pedaços de pão humidificado). Nesta fase atribui-se 2 pontos à deglutição normal, 1 ponto à deglutição prolongada, 0 pontos à deglutição patológica. As pontuações finais são categorizadas em: 0-9 (disfagia severa); 10- 14 (disfagia moderada); 15-19 (disfagia leve); 20 (deglutição normal sem risco de aspiração) (Anexo A).

De referir que a avaliação pela escala de GUSS é realizada de uma forma sequencial, passando ao teste seguinte apenas se for obtida a pontuação máxima no teste anterior. Este método permite avaliar a capacidade de deglutição de substâncias de diferentes consistências (sólido, líquido ou semissólido), e ainda adequar a dieta a cada doente de forma segura (Trapl [et. al.], 2007).

Um estudo recente realizado por Ferreira [et. al.] (2018), a 174 doentes internados num serviço de medicina de um Hospital do sul de Portugal, com objetivo de traduzir e adaptar para o contexto português a escala GUSS. Demonstrou que a versão portuguesa da Escala de GUSS tem propriedades psicométricas excelentes, constituindo um bom e fiável

instrumento no despiste da disfagia em doentes sem patologia neurológica, com valores alfa de 0,8 na avaliação indireta da deglutição e de 0,82 na avaliação direta da deglutição. A confiabilidade da Escala de GUSS, quanto à concordância entre observadores, quando comparadas avaliações de enfermeiro especialista de reabilitação e enfermeiro de cuidados gerais, revelou-se excelente (índice de concordância 0.905 e 0,896), com valores de 100% de sensibilidade.

A principal desvantagem destes instrumentos de triagem, prende-se com a identificação de falsos positivos e com adoção de um plano alimentar mais complicado que o realmente necessário. Contudo “a possibilidade de aplicação repetida do teste dada a sua não-invasividade poderá corrigir essa decisão, embora este facto não tenha sido abordado em nenhum dos estudos”, refere Cardoso [et. al.], 2011, p.141.

Entre as vantagens dos métodos não-invasivos destaca-se a possibilidade de utilização desde a fase aguda, igualdade de resultados entre diferentes profissionais com a mesma ou diferentes especializações, e a utilização de diferentes consistências na avaliação da capacidade de deglutição, uma vez que estas se aproximam dos hábitos alimentares do quotidiano.

Deste modo, a avaliação da deglutição através da aplicação de uma escala faz todo o sentido, dado a vantagem de uma fácil e rápida aplicação pelos profissionais de saúde, não induz stress e produz resultados fiáveis (Cardoso et al., 2011), nomeadamente a identificação da presença de disfagia.

2. DISFAGIA

A disfagia pode ser definida como “dificuldade ou inabilidade em deglutir e deriva das palavras gregas *dys* (má) e *Phagein* (comer).” (Hoeman, 2011, p. 304). É caracterizada pela dificuldade em deglutir saliva, alimentos líquidos ou sólidos. É um distúrbio com sintomas e sinais específicos, caracterizados por alterações em qualquer etapa, ou entre as etapas da dinâmica de deglutição e podem ser congénitas ou adquiridas. Qualquer alteração que impeça o normal processo de deglutição de forma segura e eficiente é classificada como disfagia, podendo ter origem mecânica, neurológica ou psicogénica (Cardoso [et. al], 2011; Ferreira, 2018; Frias [et. al.], 2015; WGO, 2014).

A pessoa com alterações conhecidas nas estruturas envolvidas na deglutição (neurológicas ou anatómicas) devem ser encaradas como potenciais portadores de disfagia, sendo fundamental uma avaliação rigorosa da deglutição (Braga, 2016).

Com base na localização anatómica do acometimento, a disfagia pode ser dividida em oral, faríngea e esofágica. No que diz respeito à origem da disfagia, esta pode ter causas de origem mecânica quando há dificuldade na passagem do bolo alimentar, pode-se destacar os defeitos da parede congénitos como a fenda palatina; estreitamentos intrínsecos da parede resultantes de situações inflamatórias; estenose decorrente de lesões por radioterapia; tumores da cabeça e pescoço. Por outro lado, a disfagia orofaríngea com origem motora refere-se à falha do esforço necessário à preparação do bolo alimentar ou de alterações neuromusculares que afetam este mesmo processo, o início do reflexo de deglutição, a passagem atempada do alimento através da faringe bem como a impossibilidade da entrada do alimento na abertura nasal e laríngea. Goyal (2009) refere que os distúrbios neuromusculares que podem causar disfagia incluem uma diversidade de distúrbios corticais e suprabulbares lesões dos nervos cranianos nos seus núcleos cerebrais ou no seu trajeto para os músculos, defeitos de neurotransmissão nas placas motoras terminais e doenças musculares (Apêndice II).

Por outro lado, existem evidências que o desempenho da deglutição em pessoas idosas saudáveis seja diferente do desempenho em pessoas mais jovens. O processo de envelhecimento implica mudanças estruturais, funcionais e neurais que podem comprometer órgãos e funções e contribuir para o aparecimento de sintomas de disfagia, em uma ou mais fases do processo de deglutição: oral, faríngea e esofágica. Assim, o mecanismo da deglutição pode tornar-se mais vulnerável com o envelhecimento (Paiva, Xavier e Farias, 2013). O mesmo autor refere que a disfagia é um sintoma frequente, mas que raramente é uma queixa nesta população, não sendo relatada aos profissionais de saúde e às pessoas que lidam diretamente com eles. As alterações decorrentes do

envelhecimento subestimam o diagnóstico da mesma. Estima-se que de 13% a 35% dos idosos que vivem de forma independente reportam sintomas disfágicos e a grande maioria deles não procura tratamento.

Um estudo desenvolvido por Roy [et al.] (2007), a pessoas com mais de 65 anos, percebeu que aproximadamente 40% relataram disfagia em algum momento da vida, referindo sinais, associados a distúrbios da deglutição como aumento do tempo de alimentação; tosse ou sensação de engasgamento antes, durante ou após a refeição e sensação de comida presa na garganta. Sublinha ainda que situações clínicas como AVC, refluxo gastroesofágico, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e dor crônica estão frequentemente associadas a disfagia.

Fatores como a idade avançada, internamento hospitalar, institucionalização, redução da função cognitiva, alimentação por sonda, deficiências neuromusculares, AVC, prevalência de doenças associadas e polimedicação representam assim fatores de risco associados à disfagia (American Speech Language Hearing Association, 2004; Paiva, Xavier e Farias, 2013; Park [et. al.], 2013; Roy [et al.], 2007).

A presença de disfagia, isolada ou em combinação com outras incapacidades funcionais, está associada a maiores taxas de mortalidade, e a um pior prognóstico de recuperação e reabilitação. Isto deve-se igualmente à frequente associação de doenças com prognósticos reservados, e às consequências do comprometimento da deglutição. A pessoa disfágica apresenta uma menor capacidade de alimentação adequada, logo a maior risco de desnutrição, emagrecimento e desidratação durante e após a hospitalização; uma incapacidade de proteção eficaz da via aérea, resultando em maior risco de aspiração, pneumonias de aspiração e consequentemente septicemia. (Marques, André e Rosso, 2008; Cardoso [et. al.], 2011; Ferreira, 2018; Santoro, 2008; WGO, 2014)

Além de fator de co-morbilidade, a disfagia prolonga o tempo de internamento hospitalar, e consequentemente aumenta o custo de internamento hospitalar por doente (Santoro, 2008). Segundo um estudo realizado por Almeida [et. al.] (2016), estima-se que a pneumonia por aspiração corresponda a 15 a 18% das pneumonias hospitalares, podendo aumentar o tempo de internamento em média de 7 a 9 dias por doente.

Para além de um transtorno que incapacita a pessoa do ponto de vista físico/funcional, a disfagia interfere também com aspetos sociais e emocionais do doente. O momento da refeição deve representar um momento prazeroso, de socialização e interação familiar e social, existindo dificuldade na mesma leva à rejeição da alimentação, isolamento e comprometimento da qualidade de vida (Mourão [et. al.], 2016; Paiva, Xavier e Farias, 2013).

A nível epidemiológico, a disfagia é um problema frequente e comum, uma em cada sete pessoas apresenta alguma forma de disfagia ao longo do seu ciclo de vida (WGO, 2004). No entanto torna-se difícil obter dados epidemiológicos a nível mundial, pela diferença de prevalência das doenças que causam disfagia diferindo de região para região, bem como pela diversidade de população estudadas. Na literatura verifica-se uma grande discrepância nas percentagens de pessoas com disfagia, esta diferença de valores poderá estar relacionada sobretudo com a utilização de diferentes métodos de avaliação. Apesar da realização de inúmeros estudos nos últimos anos sobre avaliação da deglutição e risco de aspiração, ainda se desconhece qual o instrumento mais adequado para esta aferição (Daniels, Anderson e Willson, 2012; Donovan, 2012).

A disfagia ocorre em todas as faixas etárias, em pessoas mais jovens normalmente está associada a lesões da cabeça e pescoço de origem traumática, ou neoplasias da orofaringe, porém a prevalência da disfagia aumenta com a idade. Afeta entre 40 a 70% dos doentes com AVC; 60 a 80% dos doentes com doenças neurodegenerativas; até 13% dos adultos com mais de 65 anos; cerca de 51% dos pacientes idosos institucionalizados, bem como 60 a 75% dos pacientes submetidos a radioterapia por neoplasia de cabeça ou pescoço.

Um estudo, realizado na Coreia do Sul concluiu que num total de 395 idosos que vivem em lares, a prevalência de disfagia foi de 52,7%, associados a vários fatores de risco como idade superior a 75 anos, história de demência ou declínio funcional severo (Park [et. al.], 2013).

Paralelamente existem inúmeros estudos que apontam como causa mais comum de disfagia e aspiração o AVC, podendo ocorrer em cerca de um terço dos doentes após AVC. Os vários estudos indicam o aparecimento da disfagia após AVC, em cerca de 40 a 60% sendo desta forma considerado como a principal causa neurológica de disfagia (Cardoso [et. al.], 2011; Daniels, Anderson e Willson, 2012; Donovan, 2012; Marques, André e Rosso, 2008; Mourão [et. al.], 2016; Sorensen [et. al.], 2013).

A nível nacional, de acordo com a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (2017) estima-se que existam mais de 80 mil pessoas diagnosticadas com disfagia. Nesta temática da disfagia não foram encontrados dados do Ministério da saúde. Contudo, em Portugal, a pneumonia é considerada a principal causa de morte por doença respiratória (Direção Geral da Saúde, 2018), e atendendo à prevalência das alterações da capacidade de deglutição associada a várias doenças e o seu potencial de risco para pneumonia de aspiração, muitos dos números relacionados a pneumonias, eventualmente referem-se a pneumonias de aspiração.

Santoro (2008), sublinha ainda que parece existir um aumento de indivíduos disfágicos, como consequência do aumento da esperança média de vida; aumento da sobrevivência das pessoas com doenças que cursam com alterações da deglutição; e ainda o aumento da sobrevivência de indivíduos, em especial prematuros e idosos, que após situações graves de doença e graças ao avanço tecnológico em unidade de cuidados intensivos, desenvolvem alterações graves da deglutição quer a nível orofaríngeo quer a nível esofágico.

2.1 Disfagia Orofaríngea e Esofágica

A disfagia pode ocorrer em diferentes fases, nomeadamente na fase orofaríngea ou esofágica, consequência de um processo agudo ou progressivo, pelo que é de extrema importância a sua classificação e diagnóstico. Assim é crucial distinguir as causas que afetam principalmente a faringe e o esófago proximal (disfagia orofaríngea ou “alta”) e as causas que afetam principalmente o corpo esofágico e junção esofagogátrica (disfagia esofágica ou “baixa”). No entanto pode ocorrer sobreposição de desordens e produzir tanto a disfagia orofaríngea como a esofágica (WGO, 2014). É importante perceber se há presença de odinofagia (deglutição dolorosa), sendo comum a ocorrência de odinofagia e disfagia. As lesões inflamatórias que causam odinofagia podem levar a recusa alimentar. Importante será também realizar o diagnóstico diferencial de situações como globo faríngeo (sensação de “bola na garganta”), pressão torácica, e fagofobia (medo de engolir) muito associados a casos de histeria, raiva, tétano e paralisia faríngea (Goyal, 2009).

A **disfagia orofaríngea** também denominada disfagia “alta” refere-se ao compromisso oral ou faríngeo (WGO, 2014), e pode ser caracterizada pela dificuldade no início da deglutição e mover o bolo alimentar da cavidade oral para o esófago. Os indivíduos com disfagia orofaríngea referem frequentemente sensação de que algo fica “preso” na garganta após engolir. A disfagia na fase faríngea está associada ao êxtase do alimento na faringe, devido à má propulsão faríngea e obstrução do esfíncter esofágico superior. Esta êxtase leva à regurgitação nasal, e à aspiração laríngea durante ou após a deglutição, características da disfagia orofaríngea.

A aspiração e as suas consequências associadas são as principais complicações da disfagia, onde ocorre a “passagem de alimentos sólidos ou líquidos através das cordas vocais, sendo a resposta normal um reflexo de tosse violenta, no entanto a pessoa pode aspirar de forma silenciosa, ou seja, sem apresentar os sinais clássicos de aspiração” (Braga, 2016, p. 184). O mesmo autor realça que a aspiração silenciosa pode estar presente em cerca de 25% a 30% das pessoas com disfagia.

Os sinais de alerta para a aspiração / sintomas de disfagia, podem manifestar-se durante e entre as refeições, e incluem (American Speech Language Hearing Association, 2004; Braga, 2016; WGO, 2014):

- dificuldade em iniciar a deglutição;
- tempo de alimentação e mastigação mais prolongados
- deglutição repetida;
- sensação de alimentos que se aderem à garganta;
- tosse ou sensação de engasgar;
- alteração da qualidade da voz (voz “húmida”);
- sialorreia, aumenta das secreções;
- excessiva movimentação da língua, fraco controlo da mesma;
- fraqueza facial;
- regurgitação nasal ou oral;
- pneumonias de repetição;
- Resíduos alimentares na boca após a deglutição;
- Mudanças nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pieira).

A disfagia orofaríngea é frequentemente associada a pessoas mais idosas, consequência das doenças que ocorrem com maior frequência na população mais velha (Mendes, 2009). Contudo, como já foi referido anteriormente, as alterações da deglutição podem ser originadas pelo envelhecimento fisiológico, a hipotonia da musculatura oro-facial e alterações neurais comprometendo o normal mecanismo de deglutição (Paiva, Xavier e Farias, 2013).

Em indivíduos mais jovens a disfagia é frequentemente causada por doenças musculares inflamatórias, abscessos e neoplasias (American Speech Language Hearing Association, 2004).

Não obstante, a disfagia decorrente de disfunção neurológica como AVC, demência, Doença de Parkinson, traumatismo craniano e outras doenças neurodegenerativas designa-se de Disfagia Neurogénica. Segundo a WGO (2014) nos primeiros três dias após o AVC 42% a 67% dos doentes apresentam disfagia orofaríngea, Tralp [et al.] (2007) sublinha ainda que nos primeiros cinco dias após AVC estes doentes apresentam incidências de aspiração entre os 19,5% a 42%, considerando assim o AVC como a principal causa de disfagia orofaríngea.

Segundo Mendes (2009) o padrão de desordem da deglutição no AVC é geralmente uma combinação de desordens na fase oral e faríngea, resultantes de distúrbios sensoriais e

motores que comprometem as mesmas. Contudo, a etiologia da lesão no AVC pode gerar uma sintomatologia não transitória, lesões cerebrais no hemisfério direito podem afetar a fase laríngea da deglutição, enquanto que no hemisfério esquerdo parecem alterar a fase oral devido à dificuldade na programação e execução dos movimentos da face. Quando a lesão ocorre a nível do tronco cerebral, habitualmente gera disfagia orofaríngea, devido ao compromisso dos principais centros de controlo da deglutição.

A **disfagia esofágica**, também denominada disfagia “baixa” é definida como a dificuldade de movimentação dos alimentos através do esófago, com provável compromisso no esófago distal (WGO, 2014). Os doentes com disfagia esofágica referem habitualmente queixas de dor torácica após a deglutição. As causas mais comuns são a neoplasia do esófago, acalasia, a candidíase, a esofagite de refluxo, distúrbios da motilidade espástica, lesão por radiação e o divertículo de Zenker (Mendes, 2009; WGO, 2014).

Em situações em que a disfagia ocorre igual para líquidos e sólidos geralmente reflete dismotilidade esofágica, ou acalasia (associada a regurgitação noturna; necessidade de movimentar-se ou beber líquidos para facilitar a passagem dos alimentos), enquanto que a disfagia apenas para os sólidos sugere obstrução mecânica, com estenose a nível esofágico. A halitose é outro sinal que pode sugerir a acalasia avançada ou obstrução de longa data, com o acumular de resíduos alimentares em decomposição no esófago. A história clínica é a base da avaliação, uma vez que situações agudas podem refletir a presença de um corpo estranho, enquanto que em situações progressivas há uma grande preocupação com a disfagia esofágica de excluir a neoplasia maligna (WGO, 2014). Estas etiologias dificultam o normal funcionamento dos mecanismos de proteção das vias aéreas, facilitam a passagem de saliva ou conteúdo gástrico para o trato respiratório (White [et. al.], 2008; WGO, 2014).

O processo de reabilitação do doente com disfagia é único e pessoal, o sucesso do mesmo depende da continuidade, coordenação e inter-relação com a equipa de saúde e a pessoa. Viver ao longo do tempo com disfagia obriga à alteração de estilos de vida, adaptação à nova condição, e é nesse aspeto que o Enfermeiro de Reabilitação desempenha um papel central (Frias [et. al.], 2015). Reabilitar o doente disfágico significa trabalhar de forma a conseguir uma deglutição sem riscos, melhorando a parte nutricional, diminuindo o risco de aspiração brônquica e complicações associadas. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea depende da elaboração de um programa terapêutico que defina um conjunto de procedimentos capazes de produzir efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, refletindo-se de maneira satisfatória na condição geral do indivíduo (Silva, 2007). Numa revisão sistemática da literatura, o mesmo autor, comenta que o “controle da eficácia na reabilitação da disfagia orofaríngea tem apresentado progressos e embora ainda necessite

de estudos, tem se mostrado responsável pela melhora da qualidade de vida de muitos pacientes (...) todo procedimento terapêutico exige seu controle de eficácia e para isto” (Silva, 2007, p.128)

Padovani [et al.] (2007), expõe que uma boa avaliação da disfagia deve incluir testes que diagnostiquem alterações nas funções orais (deglutição incompleta do bolo alimentar, alterações na qualidade da voz, disartria, tosse voluntária ineficiente, redução da elevação laríngea durante a deglutição de saliva, alteração de sensibilidade na laringe). Estes testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e possíveis de realizar à cabeceira do doente, mas capazes de identificar os pacientes com de risco de disfagia, para que se possa atuar de forma pró-ativa prevenindo possíveis complicações hospitalares.

Ao longo do desenvolvimento deste estudo irei focar a minha atenção na disfagia orofaríngea, por ser a realidade mais frequente na minha prática clínica. Segundo diversos autores a disfagia relacionada com intubação endotraqueal, ventilação mecânica é uma problemática frequente nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Ajemian [et. al.], 2001; Goldsmith, 2000; Schefold [et. al.], 2017; Skoretz, Flowers e Martinho, 2010) com taxas de incidência de 3% a 83%. Da mesma forma, tem sido demonstrado a eficácia da aplicação de programa terapêutico na reabilitação dos doentes com de disfagia orofaríngea, que incluem manobras compensatórias, modificações posturais, exercícios terapêuticos e alteração das características da alimentação. Um programa de reabilitação pode contribuir para minimizar as consequências negativas que a disfagia acarreta e diminuir o risco de aspiração brônquica, sendo assim uma justificação válida para um diagnóstico e tratamento precoce da disfagia em doente internados em cuidados intensivos (Rodrigues [et. al.], 2015).

2.2 Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) as unidades de cuidados intensivos são espaços “em que se concentram os meios humanos e técnicos necessários à monitorização e tratamento dos doentes com falência de órgão eminente ou estabelecida, potencialmente reversível.” (DSG, 2013, p. 61). Têm como principal objetivo o atendimento e tratamento de doentes graves, com potencial de recuperação ou em risco de vida, exigindo monitorização constante das funções vitais do doente, a fim de despistar atempadamente ou prevenir possíveis complicações. Para isso, estas unidades possuem recursos humanos e materiais sofisticados com o objetivo de proporcionar cuidados complexos contínuos e adequados.

Durante o internamento em unidade de cuidados intensivos dado à complexidade e gravidade dos doentes característicos de uma UCI, com disfunções de sistemas cardio-respiratório, hemodinâmico, renal, são utilizados tratamentos de suporte vital invasivos essenciais para a assistência ao doente crítico. No entanto, muitos destes procedimentos e técnicas interferem e alteram os mecanismos naturais de defesa do organismo, exigindo conhecimento e habilidade da equipa multidisciplinar na tentativa de minimizar os danos que podem causar (Melo [et al.], 2014), entre eles podemos destacar os cateteres centrais, a ventilação mecânica invasiva, a intubação endotraqueal e a substituição renal.

A ventilação mecânica invasiva e a intubação endotraqueal são os procedimentos médicos mais comuns em cuidados intensivos e têm como objetivo manter suporte ventilatório, que consiste num método que assiste ou substitui a respiração espontânea através de um equipamento denominado de ventilador, que é acoplado ao doente por uma via artificial, seja ela um tubo traqueal ou uma traqueostomia. A monitorização destes doentes é de extrema importância e requerem cuidados médicos e de enfermagem especializados de forma a prevenir complicações como pneumonia por aspiração ou associada à ventilação, úlceras por pressão, extubação accidental, barotraumas e pneumotórax (Melo [et. al.], 2014).

O ato de deglutir é um processo complexo que envolve o SNS, nervos sensoriais e motores, diversos grupos musculares e que se desenvolve ao longo de três fases distintas, qualquer alteração ao normal funcionamento, ou agressão externa poderá provocar alterações na deglutição do doente, determinando a origem das disfagias orofaríngeas pós extubação no doente internado em cuidados intensivos (Ajemian [et. al.], 2001; Johnson [et. al.], 2018).

A ventilação mecânica invasiva e a permanência de dispositivos médicos invasivos, como o tubo traqueal ou traqueostomia, em contacto direto com a cavidade oral e estruturas das vias aéreas, podem estar associados a algumas complicações potencialmente graves como lesões na língua, úvula, palato, esófago, faringe, laringe, traqueia, entre outras lesões, comprometendo o processo de deglutição (Ajemian [et. al.], 2001; Albini [et. al.], 2012).

Numa revisão da literatura sobre a incidência da disfagia após intubação endotraqueal realizada por Skoretz, Flowers e Martinho (2010) indica que a literatura relata uma alta incidência de disfagia após a intubação, porém esses dados variam amplamente entre 3% a 83%, dado à diversidade da população estudada e dos critérios de diagnósticos utilizados. No entanto, todos os estudos são consensuais quando indicam que a intubação prolongada pode ser um preditor independente de disfagia. As vias aéreas artificiais

aumentam o risco de lesões nas vias aéreas superiores, que por sua vez afetam a mecânica das mesmas, a aerodinâmica e os reflexos de proteção. Nesta revisão da literatura os autores salientam a necessidade de novos estudos prospectivos bem controlados, com critérios diagnósticos padronizados, para determinar a verdadeira prevalência de disfagia em doentes críticos.

As complicações das vias aéreas secundárias à intubação endotraqueal são frequentes, embora tenham diminuído nos últimos anos. Diversos tipos de lesões diretas estão descritos na introdução do tubo endotraqueal, durante as tentativas de exposição da glote com uso ao laringoscópio, pode ocorrer exodontia, lesão do lábio, língua e faringe, lacerações da epiglote, cordas vocais esófago e traqueia. Dada à configuração em “V” da glote as principais lesões ocorrem na porção posterior da laringe, podendo resultar em úlceras e cicatrizações com fibrose (Mota, Carvalho e Brito, 2012).

Segundo os mesmos autores, os fatores de risco para as complicações pós intubações endotraqueais podem ser de três tipos: “relacionados ao paciente, relacionadas com os requisitos técnicos para atingir e manter a intubação, e fatores relacionados ao médico.” (Mota, Carvalho e Brito, 2012, p. 237). Entre os fatores de risco relacionados com o doente é destacada a idade, pois a mucosa laríngea se torna mais frágil e suscetível a lesões com o aumento da idade, história de intubação e tabagismo. Relativamente aos fatores de risco associados ao procedimento em si salienta-se o tempo de intubação (o risco de complicações aumenta com a duração da intubação), o tamanho do tubo endotraqueal (tubos de tamanho maior ou igual a 8 provocam mais complicações do que os de menor calibre) agitação do paciente (especialmente episódios de extubação/re-intubação), mau posicionamento do tubo; baixa humidificação do ar inspirado e a infecção local. Por fim, os fatores de risco relacionados com o médico, dizem respeito à falta de experiência e a dificuldade de colocação correta do tubo endotraqueal.

Schefold [et. al.] (2017), salienta que a disfagia após extubação é comum em doentes internados em UCI, e sustentada até à alta hospital na maioria dos doentes, por si só pode ser um preditor independente de morte. O mesmo autor refere ainda que a etiologia da disfagia após a ventilação mecânica invasiva não é totalmente conhecida, porém é considerada multifatorial. Vários autores mencionam que doença neurológica incluindo a fraqueza neuromuscular, a atrofia muscular pelo desuso, a alteração do estado de consciência, a diminuição da resposta sensorial e motora, o uso de medicamentos sedativos e analgésicos, o efeito residual de opióides, a supressão do reflexo de tosse e de deglutição, o traumatismo orofaríngeo ou laríngeo direto (induzido por tubo), o aumento do refluxo gastrointestinal e a ventilação mecânica prolongada podem contribuir para o

desenvolvimento de disfagia pós extubação (Ajemian [et. al.],2001; Goldsmith, 2000; Johnson et al., 2018; Schefold [et. al.], 2017).

Desta forma, o doente internado em cuidados intensivos, após a extubação, pode desenvolver algum tipo de distúrbio da deglutição através de seis potenciais mecanismos (Goldsmith, 2000; Macht [et. al.], 2013):

- Trauma direto nas estruturas anatômicas que permitem a deglutição eficaz e protegem contra a aspiração. Este trauma pode resultar de uma intubação traumática, e/ou da intubação prolongada; agitação do doente; má colocação do tubo. Consequentemente o trauma laríngeo leva à inflamação e ulceração da mucosa laríngea, cordas vocais, epiglote e base da língua, que por sua vez pode resultar em tecido de granulação ou até mesmo na cicatrização das cordas vocais, conhecidas como “sinéquias”, paresia e ou paralisia das cordas vocais; As lesões dos lábios e dentárias sofridas durante o período de intubação podem afetar a capacidade do doente de manter os alimentos na boca e/ou mastigar adequadamente, o que pode afetar o tamanho do bolo alimentar e engolir; O edema supraglótico e glótico reduz ainda a capacidade do doente de detectar a presença de secreções na laringe ou hipofaringe, o que pode inibir a resposta adequada de deglutição, originando aspiração muitas vezes silenciosa. Assim qualquer alteração ao normal funcionamento destas estruturas, pode comprometer a competência glótica necessária para proteção das vias aéreas e fonação;
- Neuromiopia, que resulta em fraqueza muscular de vários grupos musculares necessários para uma deglutição normal. Especificamente a disfagia pode resultar de uma atrofia por desuso dos músculos da língua, faringe e laringe em doentes que estiveram sedados e intubados endotraqueal;
- Alteração da sensibilidade orofaríngea e laríngea. A presença de um tubo endotraqueal obriga a uma abertura constante da glote por um período prolongado, o que impede os movimentos normais da musculatura laríngea e faríngea intrínseca e extrínseca, provocando além de atrofia muscular e rigidez uma alteração do reflexo do encerramento laríngeo, crucial no normal funcionamento da deglutição;
- Alteração do estado de consciência, especificamente a presença síndromes confusionais agudos, conhecidos como “delirium”, circunstância com elevada prevalência nas UCI, relacionada diretamente com a situação crítica de doença e medicação utilizada como benzodiazepinas, analgésicos opióides, entre outros. Por outro lado, o doente com agitação psicomotora, desorientação temporal e espacial apresenta maior probabilidade de aspirar a aquando da alimentação. A diminuição do nível de consciência também limita a capacidade do doente de participar

plenamente dos exercícios terapêuticos que podem ser desenvolvidos pelo enfermeiro de reabilitação;

- Aumento do refluxo gastroesofágico, pelo posicionamento em decúbito dorsal, níveis altos de sedação e o uso de relaxantes musculares. Estes mecanismos direta e indiretamente diminuem a motilidade gastro-esofágica por outro lado, a alimentação entérica através de uma sonda oro/nasogástrica aumenta o risco de refluxo gástrico-esofágico e consequente aspiração, já que os volumes residuais gástricos ainda são controversos e variam de doente para doente;
- Alteração da coordenação entre respiração e deglutição, induzidas pela ventilação mecânica. O doente ventilado é inibido da coordenação entre respiração e deglutição, encerramento laríngeo, apneia e a abertura do esfíncter esofágico superior aquando de uma deglutição. Nos períodos pós extubação estes doentes apresentam menores reservas fisiológicas nas trocas gasosas e desenvolvem frequentemente quadros de taquipneia, o que diminui o tempo de apneia dificultando esta coordenação. A acrescer a este défice, alguns doentes nas horas/dias seguintes à extubação são auxiliados ventilatoriamente com dispositivos que exercem pressão positiva contínua nas vias aéreas (BIPAP/CPAP), denominada de ventilação não invasiva. Nishino [et al.], citado por Goldsmith (2000) estudaram os efeitos do CPAP aplicado através de máscara nasal no número de deglutições e na resposta da deglutição, e observaram que a pressão positiva atrasa a resposta da deglutição e reduz significativamente o número de deglutições, especialmente em pressões mais elevadas.

Quadro 1 Potenciais mecanismos de alteração da deglutição

Deglutição alterada em UCI	Trauma orofaringe e laringe
	Fraqueza muscular
	Alteração da sensibilidade da orofaringe e laringe
	Aumento do refluxo gastro-esofágico
	Alteração do estado de consciência
	Dessincronização respiração/deglutição

Fonte: Adaptado de Goldsmith, 2000; Macht [et. al.], 2013

Vários estudos apontam que, as alterações da deglutição após extubação endotraqueal podem agravar ainda mais o estado crítico destes doentes. Desnutrição, desidratação, aspiração de secreções, líquidos ou alimentos e consequentemente pneumonia de

aspiração são as complicações comuns em doentes com disfagia (Flowers e Martinho, 2010; Goldsmith, 2000; Johnson [et. al.], 2018; See [et. al.], 2016; Schefold [et. al.], 2017; Skoretz, 2011). Existe assim um círculo vicioso entre disfagia, desnutrição, aspiração e pneumonia de aspiração.

Ajemian [et al.] (2001), avaliou 48 doentes que foram submetidos a ventilação mecânica, num período mínimo de 48, e através de uma avaliação realizada por videoendoscópio, e percebeu que 56% dos doentes manifestaram alterações da deglutição, 12% dos quais apresentavam aspirações silenciosas. Portanto o doente crítico internado na UCI apresenta maior risco de aspiração, e consequente pneumonia de aspiração pelo risco aumentado de disfagia.

Estas complicações pioram significativamente o prognóstico do doente internado em UCI, e implicam elevados custos financeiros, primeiro pelo aumento do tempo de internamento em UCI e ainda pelos custos médicos adicionais relacionados à necessidade de antibioterapia, exames auxiliares de diagnóstico. A disfagia apresenta custos consideráveis aos sistemas públicos de saúde, sendo estimada em até 10 bilhões de dólares anuais em custos de saúde nos Estados Unidos da América (EUA) (Schefold [et. al.], 2017). Johnson [et. al.] (2018) menciona uma estimativa de um custo anual de mais de 500 milhões de dólares à disfagia pós extubação endotraqueal, nos EUA.

Assim a pessoa internada em cuidados intensivos, e que num determinado momento é extubada oro/nasotraqueal, independentemente do seu diagnóstico inicial, além da monitorização e níveis de vigilância anteriores (nível de consciência, hemodinâmico, capacidade de ventilação e expectoração) deve ser avaliada quanto à sua capacidade de deglutição, pelo risco acrescido que apresenta de disfagia após a intubação endotraqueal com o objetivo de diminuir as complicações associadas à disfagia (Padovani [et. al.], 2008; Mota, Carvalho e Brito, 2012).

CAPÍTULO 2 - ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E O DOENTE COM DEGLUTIÇÃO COMPROMETIDA

A área específica de Enfermagem de Reabilitação assume um papel importante na obtenção de ganhos em saúde, especificamente na prevenção de lesões, na diminuição das sequelas, preservando as capacidades existentes e maximizando a funcionalidade, que se traduz no aumento da autonomia, independência funcional e consequentemente na qualidade de vida da pessoa. O EEER assume um papel essencial, uma vez que avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentar, eliminação e sexualidade (Regulamento nº 125/2011).

Identificado o compromisso da deglutição, impõe-se o planeamento dos cuidados de enfermagem visando a reeducação da deglutição, estes cuidados, pela sua complexidade, requerem competências na área (Braga, 2016).

1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

O objetivo do tratamento da disfagia orofaríngea “é melhorar a passagem de alimentos e bebidas e evitar a aspiração” (WGO, 2014, p. 14), a causa da disfagia é crucial na definição da abordagem do tratamento, bem como a identificação do risco de aspiração. Podemos descrever quatro tipos abordagem à disfagia (American Speech Language Hearing Association, 2004; WGO, 2014):

1. Reabilitação e reeducação da deglutição: engloba modificações da postura, nutrição e comportamento; Manobras simples durante a deglutição que reduzem a disfagia; treino da deglutição com especialista em distúrbios da deglutição; técnicas de terapia da deglutição desenvolvidas para melhorar as alterações da deglutição, entre os quais exercícios de fortalecimento;
2. Modificações nutricionais e dietéticas: Alimentos moles, combinados com medidas de correção postural; modificar a consistência dos alimentos (espessar os líquidos); controle das necessidades nutricionais e de líquidos (considerando o risco de desidratação); adição de ácido cítrico nos alimentos, entre outros;
3. Apoio nutricional alternativo: na presença de alto risco de aspiração, ou se a ingestão oral for insuficiente para manter um estado nutricional adequado, deve-se considerar a introdução de uma sonda de alimentação ou em situações específicas a colocação de gastrostomia; a alimentação por sonda jejunal deve ser utilizada em pacientes críticos, deixando a alimentação por gastrostomia percutânea ou sonda de jejunostomia para as patologias crónicas;
4. Tratamento cirúrgico: dirigidos a aliviar as causas espásticas da disfagia ou pacientes com divertículo de Zenker.

A intervenção da Enfermagem de Reabilitação na área da deglutição, envolve assim uma revisão da história clínica, uma avaliação estrutural e funcional da deglutição, a aplicação de um teste de triagem de disfagia e por fim, a elaboração e execução de um plano de intervenção específico. Toda a história clínica, avaliação de enfermagem, exame físico, resultados laboratoriais e outros exames de diagnóstico fornecem dados fundamentais para descrever a incapacidade e servir de base aos diagnósticos de enfermagem (Hoeman, 2011).

Esta avaliação primária da deglutição deve ser realizada antes da administração de comida ou medicação (Braga, 2016) e compreende, como já foi referido no primeiro capítulo deste trabalho, a apreciação da história clínica anterior, história da doença atual, o nível de vigília, a qualidade vocal, as características da respiração, a limpeza das vias aéreas, a avaliação da face, lábios e língua, a capacidade para mastigar, força muscular e controlo cervical, o grau de dependência, avaliação da capacidade do doente para se alimentar e hidratar de forma autónoma (Braga, 2016; Cardoso [et.al.], 2011; Goyal, 2009).

Uma vez colhida toda a informação clínica e elaborada a história de Enfermagem, o EEER deve proceder a avaliação estrutural e funcional da deglutição, realizando uma apreciação dos pares cranianos com envolvimento direto na deglutição (Hoeman, 2011).

A avaliação da pessoa deve ser realizada na posição de sentada, permitindo observar o controlo da cabeça e pescoço, a posição de sentado é importante na prevenção de aspiração alimentar, melhora a ventilação e facilita o procedimento da alimentação. Devem ser avaliadas a mucosa da cavidade oral e orofaríngea; observada a simetria, cor, força e humidade dos lábios e língua; a mobilidade e força mandibular; capacidade de encerramento labial; número e estado dos dentes.

Reconhecer os sinais e sintomas da disfagia, exige um conhecimento da anatomia, fisiologia e neurologia da deglutição (Braga, 2016). Nesta perspetiva, para uma avaliação estrutural solicitamos à pessoa a realização de movimentos, de forma isolada, dos lábios, língua, palato, mandibular, verificando-se a mobilidade, simetria, tônus, velocidade, amplitude, tensão e precisão dos movimentos.

Relativamente à avaliação dos pares cranianos com maior função na deglutição, o nervo Trigêmeo (V) é avaliado pedindo ao doente para encerrar a mandíbula, mastigar, mover o maxilar inferior para ambos os lados com e sem resistência, realizar movimentos de protração e retração verificando a contração e se esta é simétrica. A componente sensorial deste nervo, determina-se pela sensibilidade na face (tátil, dolorosa e térmica), discriminando as três componentes do nervo trigêmeo (oftálmica, maxilar e mandibular), e

bilateralmente, despistando sinais de perda de sensibilidade e dor a nível da região ocular, nariz, boca, dentes e língua.

Na avaliação do nervo facial (VII) deve ser observada a presença de tiques, movimentos involuntários e simetria da face. A função motora é avaliada pedindo ao doente para cerrar os dentes, sorrir, elevar as sobrancelhas franzir a testa, assobiar e soprar. Alguma alteração da componente sensorial deste nervo determina-se pela perda do paladar, nos 2/3 anteriores da língua (Braga, 2016).

Os nervos glossofaríngeos (IX) e vago (X) são avaliados observando a posição da úvula e palato mole em repouso, durante a respiração e a fonação. É pedido ao doente para emitir sons tipo “ah ah” de uma forma prolongada, sendo a resposta normal uma elevação do palato mole e úvula, ficando esta centrada. No caso de uma paresia unilateral a úvula desvia-se para o lado sã e o palato eleva-se mais do lado sã, ficando achatado do lado afetado. Deve ser avaliada a qualidade da voz, presença de rouquidão, nasalamento, hipofonia ou qualquer alteração que o próprio doente refira. O reflexo de vômito é um reflexo protetor, uma diminuição do mesmo é um sinal de alerta para potenciais problemas na deglutição, porém a presença isolada deste reflexo de vômito não exclui a disfagia (Hoeman, 2011).

O nervo Hipoglosso (XII) é avaliado testando a força e movimentos da língua, pode ser identificada fraqueza ipsilateral da língua, bem como protrusão da língua, com desvio para o lado da lesão (Hoeman, 2011).

Durante toda a observação devem ser avaliadas as características da respiração, a presença de murmúrio respiratório na faringe após a deglutição, a capacidade de o doente tossir. Como avaliação complementar pode-se recorrer-se a um estetoscópio e realizando auscultação cervical, acima da cricoide avaliar os sons respiratórios e da deglutição durante a fase faríngea. A oximetria de pulso também pode ser usada como meio complementar na avaliação da deglutição, uma dessaturação de 3% durante ou nos minutos após a deglutição podem ser indicativos de aspiração, contudo este método não tem sensibilidade nem especificidade como método seguro na deteção do risco de aspiração (Braga, 2016).

Após uma avaliação pormenorizada é traçado um plano de cuidados de enfermagem direcionado ao doente com deglutição comprometida e envolvem posturas e técnicas compensatórias que permitem ao doente ingerir alguns alimentos por via oral de uma forma segura; exercícios de reabilitação com o objetivo de melhorar a força e a coordenação; e modificações diatéticas (Braga, 2016; Silva 2007).

Numa revisão da literatura, elaborada por Silva (2007) conclui que a eficácia da reabilitação da disfagia orofaríngea, depende de um programa terapêutico provido de procedimentos capazes de causar efeitos benéficos na dinâmica da deglutição, reproduzindo-se de forma satisfatória no quadro geral do doente. O autor salienta os seguintes procedimentos:

- Alteração da consistência e volume do bolo alimentar;
- Manobras posturais da cabeça (proteção da via aérea inferior; facilitação do trânsito do alimento; auxílio na propulsão oral);
- Estimulação sensório-motora oral e treino de controlo oral (facilitação da manipulação, controlo e propulsão oral);
- Estimulação térmica fria (potencia aumento do limiar de excitabilidade do reflexo de deglutição);
- Deglutição múltipla (o doente efetua várias deglutições com o intuito de mobilizar eventuais resíduos acumulados na cavidade oral e faríngea, contribui indiretamente para a recuperação funcional da deglutição);
- Manobras de Mendelsohn;
- Deglutição supraglótica;
- Deglutição em esforço;
- Uso de biofeedback indireto (ensino de exercícios para melhorar a deglutição oral, faríngea e laríngea, sem uso de alimentos, como: engolir saliva e uso de estimulação térmica e sabores);
- Uso de biodeedback direto (recurso a alimentos, ensino de exercícios orais, técnicas de compensação postural, manobras musculares e deglutição com modificação da dieta; nalguns casos pode ser necessário o recurso a dispositivos que fornecem alimentos, como colheres, borrachas, pratos fundos).

As posturas compensatórias (Apêndice III) permitem controlar o fluxo do bolo alimentar, visando reduzir o risco de aspiração durante a deglutição (Hoeman, 2011). Vários autores defendem que é fundamental ter em conta a origem do compromisso da deglutição (Braga, 2016; Silva, 2007). Por outro lado, as manobras de deglutição (Apêndice IV) permitem uma deglutição mais adequada e segura, e contribuem para a reabilitação funcional da deglutição (Hoeman, 2011; Silva, 2007).

Relativamente aos exercícios terapêuticos, estes têm o objetivo de melhorar a amplitude, força, precisão e rapidez da função de algumas estruturas anatómicas nomeadamente os lábios, a língua, bochechas, laringe e a maxilar, permitindo ao doente a força e coordenação necessárias para que deixe de necessitar as compensações fornecidas e possam retornar à ingestão oral segura e eficaz (Braga, 2016; Logemann, 2008). Existe

uma grande variedade de exercícios para os músculos específicos ou grupos musculares na cavidade oral e faringe, que podem ser eficazes na melhoria de perturbações da deglutição/disfagia.

Para prevenir a fadiga do doente e melhorar o controlo da deglutição, os exercícios devem ser realizados várias vezes ao dia (5 repetições dos exercícios, entre 5 a 10 vezes por dia) (Braga, 2016; Logemann, 2008). A realização de um conjunto de exercícios, não precisa ser muito extensa para obter boas respostas musculares e funcionais. Porém, para obter resultados positivos podem ser necessários duas semanas a dois meses, pelo que é importante realizar avaliações regulares (Logemann, 2008).

Segundo vários autores, na reabilitação funcional da deglutição são recomendados exercícios labiais, exercícios da língua e laringe, exercícios da mandíbula e bochechas (Braga, 2016; Logemann, 2008; Pauloski, 2008):

- Os lábios são estruturas anatómicas que têm uma estrita relação com o processo de deglutição, estas permitem a abertura e o encerramento da boca, sendo bastante importantes para a fase oral da deglutição e para o controlo salivar (Braga, 2016). Segundo Pauloski (2008), são preconizados exercícios como a protração, retração, lateralização e apreensão da espátula ou outro objeto fino. Outros movimentos como gesto do assobiar, sorrir e mover os lábios a imitando um beijinho e segurar da espátula, ou outro tipo de objeto também são bastantes uteis na reabilitação. Geralmente, as pessoas aderem com facilidade a esta técnica;
- A língua é o órgão mais importante na manutenção de uma adequada ingestão de alimentos, é responsável pela manipulação dos alimentos na cavidade oral, mastigação e preparação da comida (Braga, 2016). Os exercícios devem ter como objetivo melhorar a amplitude, resistência e de força. Os exercícios de resistência podem ser realizados pressionando uma espátula ou colher contra a língua durante alguns segundos e são eficazes na melhoria da força e coordenação da língua, essenciais no trânsito oral e processamento do bolo alimentar. Exercícios para melhorar a amplitude da língua incluem a extensão, lateralização, elevação e retração da língua. Para aumentar a amplitude de movimentos, o doente deverá efetuar a máxima abertura da mandíbula, enquanto mantém a língua elevada. A parte posterior da língua, o treino consiste na pessoa emitir sons “k” ou “g” estes são direcionados para a porção oral e faríngea da língua. Por fim, os exercícios de fortalecimento muscular da língua podem ser efetuados com auxílio de uma espátula ou colher, sendo instruído o doente a empurrar a língua contra a espátula em todas as direções, ou realizando pressão com os dedos sobre a face externa das bochechas;

- A mandíbula é uma estrutura fundamental para o processo de deglutição e a sua mobilidade envolve a ativação de múltiplos músculos. Os exercícios da mandíbula incluem exercícios passivos, ativos ou alongamentos, podendo ser realizados com recurso aos dedos ou espátula. A mandíbula é exercitada instruindo o doente a abrir a boca ao máximo da sua amplitude de movimento, mobilizar para ambos os lados e realizar movimentos circulares;
- Os doentes com deglutição comprometida apresentam frequentemente défice na elevação laríngea, assim exercícios terapêuticos, direcionados ao treino da mobilidade faríngea, são igualmente fundamentais num programa de reabilitação (Pauloski, 2008). A manobra de Mendelshon, onde a pessoa é ensinada a manter voluntariamente, por alguns segundos, a elevação da laringe no seu ponto mais alto aquando a deglutição. Ao deglutir várias vezes, a pessoa poderá colocar a mão ao nível da laringe, para sentir a dinâmica dos músculos locais. Realizar exercícios onde o doente é instruído a emitir tons, em forma de escala, o mais alto possível, mantendo-se no tom mais alto da escala durante alguns segundos, para facilitar este exercício, pode instruir-se o doente a bocejar e posteriormente produzir o som;
- Para exercitar as bochechas o doente deve ser instruído a insuflar as bochechas unilateralmente e bilateralmente, e exercer pressão externa com os dedos sobre as bochechas, mantendo os lábios encerrados. Também se pode instruir os doentes a realizar movimentos de sucção.

Nas técnicas compensatórias da deglutição pode ainda ser utilizada a estimulação sensorial uma vez que intensifica a sensibilidade dos recetores sensoriais envolvidos na facilitação, iniciação, eficiência e segurança da deglutição. Esta técnica inclui intervenções terapêuticas como o posicionamento dos alimentos em locais específicos da cavidade oral, a mudança no sabor, volume, temperatura e bebidas gaseificadas são bastante importantes em doentes com deglutição comprometida, pois o bolo alimentar é o estímulo sensorial primário para a deglutição (Hoeman, 2011). Logemann (2008) menciona que procedimentos têm sido aplicados para incrementar a sensibilidade das estruturas que envolvem a deglutição, tais como a estimulação tátil/térmica, porém ainda não existe muita evidência científica sobre a duração preconizada para a estimulação sensorial e qual a sua periodicidade.

Em doentes com diminuição da sensibilidade oral ou com dificuldade no transporte oral do bolo alimentar, a estimulação térmica induzida por alimentos mais frios aumenta a rapidez dos movimentos posteriores da língua e melhora o reflexo da deglutição faríngea. Bolos

alimentares mais amargos, também apresentam efeitos positivos em doentes com atraso na fase faríngea da deglutição (Pauloski, 2008).

A alteração da dieta, nomeadamente quanto à sua consistência, constitui uma das técnicas compensatórias fundamentais na reeducação da deglutição comprometida. A consistência afeta o tempo de trânsito através da boca e da faringe, líquidos mais espessos movem-se mais lentamente, pelo que alimentos mais espessos são recomendados para doentes com atraso na fase faríngea ou com disfunção no encerramento laríngeo. Por outro lado, doentes com alterações na mobilidade, coordenação e força da língua terão maior dificuldade em deglutir alimentos mais espessos (Pauloski, 2008).

A mudança no volume do bolo alimentar é outra técnica utilizada na reeducação funcional da deglutição comprometida, esta técnica permite corrigir compromissos da deglutição na fase oral e faríngea da deglutição (Hoeman, 2011; Pauloski, 2008). Em alguns doentes com deglutição comprometida, reduzir a quantidade do bolo alimentar pode ajudar o doente quando estes apresentam atraso na fase faríngea e deglutições múltiplas, reduzindo o risco de aspiração. Contudo, um bolo alimentar de maiores proporções pode ser mais eficaz para induzir uma deglutição faríngea mais rápida, já que fornecem maior estímulo sensorial ao doente e incrementam a consciencialização da presença do bolo alimentar na cavidade oral (Hoeman, 2011; Pauloski, 2008).

Todavia, Braga (2016) salienta que a reabilitação do doente com deglutição comprometida é um processo demorado e que pode conduzir à fadiga do doente. É importante ter em conta a segurança da ingestão via oral, sendo recomendada a Sonda nasogástrica (SNG) enquanto a alimentação oral não for segura ou os doentes requeiram tempo adicional e manobras complexas. O treino de deglutição deve ser mantido com a ingestão de pequenas quantidades, mantendo o reforço nutricional e hídrico via SNG.

Braga (2016) salienta que é fundamental considerar múltiplos aspetos para além dos exercícios terapêuticos, posturas compensatórias e manobras compensatórias. A higiene oral é um aspeto fundamental, contribuindo não apenas para o conforto do doente, mas também para minimizar o risco de colonização bacteriana e penetração nas vias aéreas (Sorensen [et. al.], 2013; Braga, 2016).

Para além da manutenção da SNG e dos cuidados de higiene oral, Braga (2016) sublinha a importância de outros cuidados transversais a adotar pela equipa de enfermagem em doentes com deglutição comprometida: a avaliação regular do estado nutricional; a avaliação do estado de consciência; a atenção às preferências alimentares; a adoção de uma postura corporal correta; a colocação dos alimentos no campo visual e ao alcance do doente; o recurso a produtos de apoio; a solicitação da atenção durante a alimentação e

hidratação; a solicitação do tempo necessário para se alimentar ou hidratar; a instrução para pensar no processo de deglutição; o incentivo para ingerir pequenas porções de cada vez; a precaução em não fornecer alimentos com duas consistências ou que se liquidifiquem rapidamente; a monitorização atenta de sinais de aspiração; o cuidado de nunca deixar o doente a alimentar-se sozinho; a manutenção do doente com a cabeceira elevada nunca menos de 30 a 45 minutos após a refeição; inspecionar a cavidade oral após a refeição.

De acordo com Conselho Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2015) o foco de enfermagem é definido como a área de atenção que é significativa para a Enfermagem, na prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com compromisso na deglutição, é essencial uma abordagem holística. Neste sentido, o programa de intervenção de reabilitação a doentes com a deglutição comprometida, para além do foco “deglutir” que se refere à “... passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago” (CIPE, 2015, p.52), devem ser estabelecidos diagnósticos de enfermagem prioritários e incluem outros focos de atenção que habitualmente se encontram associados ao compromisso da deglutição, entre os quais limpeza das vias aéreas, aspiração. Os diagnósticos de enfermagem subordinados ao autocuidado devem também ser estabelecidos para uma abordagem global a este tipo de doentes.

2. ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO COMO FACILITADOR DA APRENDIZAGEM NA ÁREA DA DEGLUTIÇÃO

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), decreto-lei que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, descreve a enfermagem como a profissão que, tem como objetivo:

“prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (REPE, 1996, p.3)

Um dos principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem é a promoção de projetos de saúde que cada pessoa traça e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, igualmente, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e obter a máxima independência na realização das Atividades de vida diárias, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001).

Está descrito no 4º artigo do REPE, que o Enfermeiro Especialista é o profissional de saúde habilitado com o curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem a quem foi conferido um título profissional, que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

O Enfermeiro Especialista “é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” e independentemente da sua área de especialidade, partilham quatro domínios de competências comuns:

- ✓ Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Domínio da gestão dos cuidados,
- ✓ Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº140/2019).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, salienta que a Enfermagem de Reabilitação enquanto especialidade multidisciplinar que “compreende um corpo de conhecimentos e

procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Regulamento nº 125/2011, p. 8658). Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas, para isso, utiliza técnicas específicas de Reabilitação, prescreve produtos de apoio e emite pareceres técnicos na sua área de intervenção (Regulamento nº 125/2011). Atua na promoção da saúde, na prevenção de complicações secundárias, no tratamento e reabilitação da pessoa, na promoção dos processos de adaptação à sua nova condição de vida e no regresso a casa, na continuidade de cuidados e na reintegração na comunidade, promove a acessibilidade e a participação social, maximiza o potencial e a funcionalidade da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, minimiza o impacto das incapacidades instaladas, o que favorece a sua dignidade e a qualidade de vida (OE, 2001). A intervenção do EEER, segundo o Regulamento nº 125/2011

“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...) de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (p. 8658).

Considerando a reabilitação como uma intervenção ativa para conquistar a máxima funcionalidade e melhorar a qualidade de vida, Hoeman (2011) revela que os enfermeiros de reabilitação se encontram numa posição privilegiada, uma vez que fornecem assistência a pessoas com incapacidades ou com doenças crónicas e a sua intervenção é uma força de mudança inserida no seio de equipas multidisciplinares.

Num processo de reabilitação é essencial o envolvimento e colaboração de todos os elementos constituintes da equipa multidisciplinar. Todos os profissionais são mediadores no processo de reabilitação de um doente que tornam possível, tanto no seu meio

profissional como na sociedade em geral, atenuar o peso da deficiência, do sofrimento, da incapacidade, da diferença (Hoeman, 2011).

Percebida a problemática da disfagia, todos os enfermeiros têm um papel vital no cuidado ao doente com deglutição comprometida, ou risco de disfagia, “pois são os profissionais de saúde que estão presentes nas vinte e quatro horas à beira do leito, principalmente na hora das refeições, podendo observar os sinais e sintomas de disfagia e por meio de identificação, avaliação e estabelecimento precoce de intervenções de enfermagem podem ajudar no tratamento e prevenção das complicações associadas à mesma” (Albani [et. al.], 2012, p. 2).

Frias [et al.] (2015), frisa que é essencial que as equipas multidisciplinares estejam atentas e informadas sobre o doente com risco de disfagia, porém é o enfermeiro que desempenha um papel central na monitorização e observação do doente. A supervisão das refeições dos doentes internados é da competência do enfermeiro, de acordo com a OE (2015) o enfermeiro é responsável pela manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente a respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade. Uma nutrição adequada é crucial para uma rápida recuperação de qualquer doente internado, assim o enfermeiro deve estar atento fomentando este aspeto. A nutrição, especialmente a qualidade da nutrição, devem fazer parte de um plano de cuidados de enfermagem orientado para as necessidades reais do doente. O enfermeiro responsável pelo doente disfágico, deve avaliar regularmente o estado nutricional e a hidratação, promovendo uma deglutição segura através de manobras compensatórias, manobras terapêuticas e adequação da textura da dieta deve ser fornecida. Desta forma, o enfermeiro deve adquirir habilidades para realizar a avaliação da deglutição ao doente, demonstrar conhecimento das complicações e garantir a educação do doente, do cuidador e da família, de modo a garantir a segurança do mesmo e evitar as possíveis complicações.

Cioatto e Zanella (2015) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a disfagia e perceberam que, apesar de os profissionais de enfermagem apresentarem um conhecimento satisfatório nesta área, deve haver um investimento permanente na formação sobre os cuidados ao doente disfágico, com orientações que visem o aprimoramento tanto teórico quanto prático da equipa de enfermagem de forma a melhorar os cuidados prestados ao doente com risco de alteração da deglutição. Entre outras conclusões, sublinham que existe uma carência nas instituições de ensino de enfermagem relativamente aos conteúdos programáticos relacionados às alterações de deglutição.

Outro trabalho desenvolvido por Albini [et. al.] (2013), onde foi avaliado o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados ao doente disfágico internados em UCI, constatou-se que existe conhecimento teórico e prático parcial no que diz respeito aos cuidados de enfermagem ao doente com risco de alteração da deglutição, porém demonstrou-se que, mais uma vez, é necessária formação permanente.

De acordo com Braga (2016), embora sejam implementados os cuidados transversais na abordagem ao doente com deglutição comprometida ou risco de disfagia, de uma forma geral as equipas de enfermagem não se encontram devidamente treinadas na área da reeducação funcional da deglutição. O doente deve ser alimentado e hidratado via SNG pelos enfermeiros de cuidados gerais, encontrando-se as intervenções de enfermagem na área da reeducação da deglutição alocadas aos EEER com formação na área.

Werner (2010), num estudo que relacionava os registos de enfermagem com a capacidade de resposta e avaliação ao doente disfágico, percebeu que a identificação e registo de alterações da deglutição por parte dos enfermeiros é capaz de proporcionar níveis mais seguros de cuidados de enfermagem, protegendo as vias aéreas do doente durante as refeições e a administração de medicamentos. Além desta conclusão o investigador sugere que as instituições adotem uma escala de avaliação que se adeque ao contexto hospitalar e ainda o desenvolvimento de formações contínuas e workshops em serviços e instituições com pessoas com risco de alterações da deglutição e com problemas neurológicos, como lares de idosos.

Neste sentido, constato que é de extrema importância a presença de um EEER, pois é o elemento especializado que possui as competências específicas para efetuar uma avaliação/monitorização da deglutição e posteriormente direcionar a pessoa um programa terapêutico face a uma possível alteração da deglutição (Regulamento nº 125/2011). Contudo, são os enfermeiros de cuidados gerais que permanecem continuamente juntos aos doentes, logo é imprescindível que toda a equipa de enfermagem também seja capaz de avaliar o reflexo de deglutição e identificar sinais de disfagia, de uma forma sistemática e uniforme.

Para que o Enfermeiro seja capaz de responder a novos desafios colocados pelas necessidades do doente e organizações, é necessário, este se preocupe com a sua formação, pois a partir desta espera-se que os profissionais mudem os seus comportamentos, melhorando assim o seu desempenho. É de extrema importância que os enfermeiros reflitam, investiguem e contribuam com as suas experiências profissionais, de forma a acrescentar conhecimento e desenvolvimento à sua prática. A OE (2001) elucida que a qualidade dos cuidados de saúde assume-se como uma tarefa multiprofissional.

Neste sentido, muitos dos indicadores que operacionalizam e avaliam a qualidade dos cuidados de saúde são influenciados por uma cadeia de atividades multiprofissionais em que se integram os cuidados prestados pelos enfermeiros. O exercício profissional dos enfermeiros não pode, assim, ser negligenciado constituindo-se a sua melhoria contínua como uma das suas responsabilidades profissionais. Neste sentido, a formação seja formal, em contexto escolarizado ou em contexto de trabalho, ou informal representa uma mais-valia e constitui mais um dos elementos determinantes da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Para alcançar a melhoria contínua nos cuidados de enfermagem, é necessário um compromisso por parte dos próprios enfermeiros, mas também da instituição de saúde onde os enfermeiros exercem a sua atividade.

Nesta perspetiva, e atendendo às competências comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro de Reabilitação deve ser considerado como elemento formador de referência. Além das suas competências como profissional especializado, é encarado como um perito, uma vez que “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (...) alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749), em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, para além de uma prática especializada, compete ao enfermeiro especialista contribuir para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados assumindo um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (...) [desenvolvendo] práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” e por fim garantindo “um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº140/2019, p. 4745). Portanto, o enfermeiro especialista deve diagnosticar necessidades formativas, conceber os dispositivos formativos e atuar como formador, responsabilizando-se por ser um elemento facilitador de aprendizagem na sua área de especialidade. Desta maneira, ampliando os horizontes do saber em Enfermagem, o Enfermeiro Especialista procura suportar a sua prática clínica em sólidos padrões de conhecimento, na área da especialidade (Regulamento nº140/2019) participando na projeção e implementação de programa de intervenção, a fim de favorecer o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Pelo exposto, concluo que os cuidados de reabilitação aos doentes não são circunscritos a um só profissional, mas sim a toda uma equipa. Só com a partilha e articulação entre os profissionais, é possível atingir cuidados eficientes e de máxima qualidade.

PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO

Segundo Fortin (1999, p. 132) “O desenho de investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formulada.”

“A Metodologia de Projeto, baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p. 2). Constitui uma forma de trabalho pedagógica potenciadora de uma prática fundamentada e baseada em evidência, de desenvolvimento nos indivíduos de capacidades e competências, pela conceção e concretização de projetos numa situação concreta, respondendo a exigências atuais da sociedade, em constante evolução.

Nesta segunda parte do trabalho é efetuada a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes a todo o percurso de estudo desenvolvido.

1. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

Na elaboração deste estudo a metodologia escolhida foi o trabalho de projeto, já que esta tem como objetivo principal a resolução de problemas reais. O trabalho de projeto é um processo dinâmico e flexível passível de ser reorientado, a tentativa de intervenção do trabalho de projeto aproxima-se da investigação ação por o investigador se encontrar dentro do contexto e conjuntamente com os elementos nele atuar para o modificar. A referida metodologia é constituída por diferentes técnicas e procedimentos que criam as linhas orientadoras do percurso de investigação a ser trilhado e, de acordo com o cronograma de atividades desenvolvido. (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Etimologicamente, a palavra projeto deriva do latim: *projectare* – que significa lançar para a frente. Assim projetar significa investigar um determinado tema, problema ou situação com a finalidade de conhecer e apresentar as interpretações dessa realidade (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Segundo os mesmos autores, esta metodologia envolve sempre trabalho em equipa, pois pressupõe o envolvimento de todos os intervenientes e da população em que se desenvolve o projeto. O planeamento e a implementação das ações implicam a colaboração tanto dos investigadores como da população abrangida pelo projeto, e que se prolonga ao longo de um período mais ou menos longo.

Desta forma, o objetivo central é determinar, analisar e resolver os problemas em equipa, através de diversas técnicas que permitem a recolha, obtenção e análise de informação. Posteriormente são determinadas quais as ações a serem adotadas e como devem ser

implementadas. É um processo dinâmico, uma vez que os procedimentos são flexíveis e vão se desenvolvendo à medida que as etapas se vão desenrolando, adaptando-se e reorientando-se ao longo da intervenção sempre que for necessário. Importa salientar que esta metodologia de projeto não se baseia apenas numa investigação sustentada num determinado problema, mas sim na tentativa de intervenção sobre o mesmo, sustentada em ações fundamentais na resolução do problema, pelo que o trabalho de projeto se aproxima da investigação ação. Existe uma dinâmica entre a teoria e a prática, em que o investigador interfere e interage no próprio campo de investigação (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A metodologia de trabalho de projeto apresenta cinco fases, definidas por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010):

1. Diagnóstico de situação;
2. Definição dos objetivos;
3. Planeamento das atividades;
4. Execução e avaliação;
5. Divulgação dos resultados.

De uma forma sucinta, o diagnóstico de situação visa a identificação do problema, a descrição deste, identificação das causas e fatores de risco inerentes ao problema identificado e determinar as necessidades. É uma fase dinâmica e, nesta busca de necessidades recorre-se a instrumentos de diagnóstico como escalas de observação, questionários e entrevistas.

A definição dos objetivos aponta para os resultados que se pretendem obter podendo incluir diferentes níveis, desde o geral ao mais específico.

Na fase do planeamento é necessário definir atividades e estratégias a desenvolver, recursos necessários, bem como a calendarização das atividades, através de um cronograma. Esta etapa tem por base os objetivos anteriormente definidos, permitindo definir as linhas de ação, identificar recursos, possíveis obstáculos e constrangimentos e calendarizar as tarefas. Apesar de este processo flexional é importante o desenvolvimento do cronograma do projeto, por ser um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as atividades a desenvolver.

A execução é a operacionalização das atividades que foram planeadas, com o objetivo de satisfazer as necessidades identificadas, para que se resolva ou minimize o problema. Pode-se considerar a fase mais trabalhosa do projeto, pois além de desenvolver as atividades planeadas deve envolver e motivar cada um dos participantes, promovendo um papel ativo no processo.

A avaliação é um elemento fundamental de qualquer projeto, nesta etapa da metodologia de projeto é possível mensurar, confirmar através de instrumentos de avaliação se os objetivos foram atingidos.

Quando se refere à metodologia de projeto aplicada aos cuidados de saúde, faz ainda mais sentido este tipo de trabalho, em primeiro lugar, cada vez mais se fala em práticas baseadas na evidência, e especificamente em cuidados de saúde fundamentados em pesquisas e resultados de investigação científica sólidos e relevantes e ainda quando falamos em cuidados de saúde referimo-nos a um grupo de pessoas que integram instituições, associações, unidades e serviços de apoio e que diariamente se deparam com problemas e dificuldades que necessitam de estratégias e projetos de melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, optamos pela metodologia de projeto por considerarmos um importante contributo para o desenvolvimento de competências pessoais nesta área, contribuir para a motivação da equipa de enfermagem, e ainda o desenvolvimento de competências capazes de fomentar mudanças efetivas na melhoria da prestação de cuidados à pessoa com alteração da deglutição.

2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Sendo o diagnóstico da situação a primeira etapa da metodologia de trabalho de projeto, constitui-se prioritário elaborar um mapa sobre a situação-problema identificada, ou seja, um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. É essencial a deteção de necessidades e estabelecimento de prioridades, seleção de recursos e identificação dos grupos intervenientes. Para garantir uma adequabilidade da intervenção às necessidades locais é necessária uma boa recolha de informação (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Serrano (2008) sublinha que o diagnóstico de situação é uma fase de vital importância para a elaboração de projetos: permite localizar os principais problemas, dá a conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a resolução gradual. O objetivo do diagnóstico é o conhecimento da realidade, portanto a análise das necessidades da população deverá ser efetuada o mais rapidamente possível, com o intuito de proporcionar uma atuação em tempo útil e possibilitar a implementação de medidas apropriadas para a resolução do problema.

A elaboração deste Trabalho Projeto foi direcionada para a problemática da avaliação da deglutição, o diagnóstico de uma situação específica: as práticas de enfermagem na

avaliação da deglutição e abordagem ao doente com disfagia, bem como as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço de internamento UCIP.

2.1 A problemática

A problemática em estudo consubstancia-se nas práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, bem como a sua intervenção no doente com risco ou alteração da deglutição. O interesse nesta temática prende-se primeiramente com uma inquietude no contexto profissional na Unidade de Cuidados Intensivos, sentimos que existiam lacunas no conhecimento e intervenção na avaliação da deglutição, bem como a desvalorização da pessoa com alteração da deglutição. Este facto prende-se com a complexidade e gravidade dos doentes característicos de uma UCIP, que apresentam disfunções de outros sistemas como o cardio-respiratório, hemodinâmico, renal, e ainda os elementos que trabalham numa unidade considerarem a intervenção sobre ao doente com alteração da deglutição um processo de reabilitação a realizar posteriormente (Liria et al., 2014).

Depois de conhecermos os estudos científicos que suportam a importância da deteção e sinalização precoce dos doentes disfágicos, bem como a intervenção sobre os mesmos com o objetivo de prevenção de complicações e reabilitação precoce, impunha-se um diagnóstico da situação no local do estudo. Por este motivo optamos pela metodologia de Trabalho Projeto tendo como objetivo principal a resolução de problemas e, através dela, adquirir capacidades e competências (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Conscientes da problemática real e com propósito de intervir realizamos o diagnóstico de situação para identificar os problemas e progredir nas restantes fases. O estudo de investigação desenvolvido na fase de diagnóstico da situação desejou responder à questão:

Quais as práticas dos Enfermeiros da UCIP na avaliação da deglutição?

A investigação, não se prende com um conhecimento novo, mas antes com uma implementação de algo já evidenciado, utilizado, todavia num diferente contexto, numa diferente situação. Ou seja, este trabalho tem como objetivo colmatar uma necessidade detetada no exercício dos cuidados, criando a oportunidade de melhorar as práticas na avaliação da deglutição e intervenção ao doente com risco de alterações da deglutição.

A finalidade deste trabalho de projeto é contribuir para a uniformização das práticas dos Enfermeiros, na avaliação da deglutição, fomentando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e com risco de disfagia.

Sabendo que o doente esteve intubado tranquilamente e submetido a ventilação mecânica, situação habitual em cuidados intensivos, e que este apresenta um elevado risco de

desenvolver algum tipo de alteração na deglutição pós extubação, a capacitação do enfermeiro que permanece à “cabeceira do doente”, de avaliar e identificar de alterações é essencial para a prevenção de complicação associadas à disfagia, ressaltando assim, a pertinência e o interesse deste trabalho. Neste sentido, constato que para além do EEER, elemento especializado que possui as competências face à pessoa com alteração da deglutição, os enfermeiros de cuidados gerais também devem ser capazes de avaliar o reflexo de deglutição e identificar a presença de disfagia, de forma sistemática e uniforme. De acordo com a OE, o enfermeiro é responsável pela supervisão das refeições dos doentes internados, definidas no domínio da Prestação e Gestão dos Cuidados (OE, 2015) bem como a manutenção e promoção do bem-estar.

Num processo de reabilitação o EEER deve assumir um papel de formador e promotor das boas práticas, solicitando a colaboração dos restantes elementos da equipa, pois é neste espírito onde todos os profissionais são mediadores no processo de reabilitação que perspectivamos ganhos em saúde, concretamente nesta situação o orientador do projeto é enfermeiro de reabilitação, mas pretende envolver os restantes enfermeiros de cuidados de enfermagem generalistas.

A enfermagem de reabilitação deve basear a sua prática clínica especializada em evidência científica bem como a introdução de boas práticas nos contextos reais para alcançar os melhores padrões de qualidade. A metodologia de trabalho de projeto surge assim como melhor estratégia pelas suas características, constituindo uma oportunidade para o desenvolvimento de competências profissionais, imprescindíveis para o exercício competente e ativo da profissão de enfermagem.

O presente estudo, atendendo à problemática, insere-se numa abordagem qualitativa, uma vez que “o foco da pesquisa qualitativa é compreender e aprofundar os fenómenos, que são explorados a partir da perspetiva dos participantes em um ambiente natural (...) compreender a perspetiva dos participantes (..) pontes de vista, opiniões e significados” (Hernández Sampieri, Hernandez Collato, Baptista Lucio, 2013, p. 376) com carácter exploratório- descritivo, dado que visa denominar, explorar classificar as práticas e conhecimentos dos enfermeiros numa situação em concreto. Segundo o mesmo autor estes estudos visam a familiarização com fenómenos pouco estudados, pesquisando problemas do comportamento humano, identificando conceitos e estabelecendo prioridades para pesquisas futuras.

2.2 Contextualização e participantes do estudo

O serviço onde foi desenvolvido este estudo é uma UCIP, de um hospital da zona norte do país, serviço altamente diferenciado que recebe diretamente doentes de outros hospitais circundantes. Para dar resposta a esta procura, a UCIP apresenta com 14 vagas disponíveis, sendo que por razões administrativas conta com 12 vagas ativas, quatro delas em regime de isolamento.

Neste serviço trabalham inúmeros profissionais, entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, equipas de limpeza, técnicos de saúde, com o objetivo de prestar cuidados de saúde ao doente em estado crítico.

A escolha deste local prende-se com a facilidade de acesso por parte do investigador, à população que se quer estudar, e ainda a vontade de integrar um novo procedimento no serviço onde atualmente exerço funções.

2.2.1 Caracterização da amostra

Contextualizando a população e, considerando que uma população alvo é constituída “pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999, p. 202), o estudo incidiu junto de enfermeiros que exercem funções na UCIP, do qual fazem parte 34 destes profissionais. A amostra constitui a fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009). Assim foi selecionada uma amostra não probabilística, ou por conveniência, de dez participantes. Segundo a mesma autora a população acessível, deve ser representativa da população alvo que é acessível ao investigador (Fortin, 1999).

A seleção amostra deste estudo teve como critérios de inclusão:

- Enfermeiros da UCIP, que prestam cuidados diretos ao doente internado no serviço

Como critérios de exclusão:

- Alunos de enfermagem em estágios curriculares na UCIP (licenciatura e Especialidade);
- Os enfermeiros a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;
- Os enfermeiros com o título de Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação.

2.3 Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

No desenvolvimento de um trabalho de investigação é fundamental definir o modo através do qual se vai recolher a informação. A escolha do método de colheita e de dados depende,

entre outras, da natureza do problema, dos objetivos do estudo, das questões de investigação colocadas, do nível de conhecimentos do investigador relativo às variáveis e da análise prevista (Fortin, 1999).

Para a recolha de dados optamos pela entrevista semiestruturada (Apêndice V), este tipo de entrevista baseia-se num conjunto de questões, onde o investigador tem a liberdade de introduzir outras perguntas para esclarecer dúvidas ou aprofundar assuntos de interesse para a investigação (Hernández Sampieri, Hernandez Collato, Baptista Lucio, 2013), ou seja, funciona como guia de assuntos ou questões onde o investigador tem a liberdade de intervir para a clarificação dos conceitos ou temas desejados. Este instrumento permitiu obter informação sobre as práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, bem como perceber quais as suas dificuldades/necessidades nesta área.

Neste sentido a entrevista é composta por duas partes distintas. A primeira parte do instrumento de colheita de dados é constituído por perguntas fechadas com vista à identificação dos aspetos sociodemográficos, formação e experiência profissional do entrevistado e a segunda parte é composta pelas questões orientadoras da entrevista (conhecimento sobre a temática em estudo; expressão de fatores dificultadores e facilitadores; estratégias utilizadas e necessidades de formação).

Previamente à realização das entrevistas à população do estudo, foi efetuada a entrevista pré-teste, a um enfermeiro da UCIP, que não participou posteriormente no estudo para confirmar a pertinência e compreensão das questões em relação aos objetivos da investigação, não havendo necessidade de alterar o definido. Segundo (Fortin, 2009) o pré-teste realça as dificuldades do enunciado das perguntas e aclara as situações duvidosas.

Segundo Sampieri, Collato e Lúcio (2013), é fundamental que o investigador crie um clima de confiança e empatia com o entrevistado e evite distrações como barulhos, interrupções e telemóveis. Assim as entrevistas foram realizadas após o fim de turno dos enfermeiros, ou então durante o período mais calmo do turno, ficando os doentes a cargo de outros colegas, de modo não haver de interrupções promovendo assim um ambiente mais relaxado e natural. As entrevistas decorreram durante o mês de janeiro, foram áudio gravadas com o consentimento dos entrevistados e tiveram a duração aproximadamente de vinte minutos.

Os discursos produzidos pelos entrevistados foram apreciados com recurso à análise de conteúdo, segundo os princípios descritos por Sampieri, Collato e Lúcio (2013). Segundo os mesmos autores, os dados recolhidos e submetidos a técnica de análise de conteúdo oferecem a possibilidade de tratar, de forma metódica, informações recolhidas das entrevistas.

O processo de análise qualitativa dos dados consiste assim em codificar, interpretar os dados, descrevendo o contexto de estudo e a explicação de factos, acontecimentos e do fenómeno em estudo. É importante perceber que os dados obtidos através da entrevista, encontram-se não estruturados, sendo o investigador responsável por dar estrutura a eles. A análise de conteúdo deve seguir um conjunto de etapas sequenciais e metódicas do material de análise que inclui a sua organização, codificação, categorização e interpretação (Hernández Sampieri, Hernandez Collato, Baptista Lucio, 2013).

Deste modo procedeu-se à organização das entrevistas, através da atribuição de um código a cada entrevista, para facilitar a identificação de cada participante, mas de forma a garantir a confidencialidade e o seu anonimato. Seguidamente foram transcritas, lidas e codificadas, iniciando a transformação dos dados em bruto de forma a atingir uma representação do seu conteúdo. Na terceira etapa procedeu-se à categorização, organizando um quadro de referência, onde são definidas as áreas temáticas, categorias e unidades de registo que ordenaram a informação. Por fim, a interpretação, onde foram percebidas quais as práticas dos enfermeiros na avaliação da capacidade de deglutição.

Além do instrumento anteriormente referido este estudo teve ainda como estratégia de colheita de dados a observação das práticas na avaliação da deglutição. Segundo Fortin (1999, p. 241) “Os investigadores interessados em estudar o comportamento das pessoas não têm opções na forma de colher dados: ou pedem aos sujeitos que digam o que fazem (...) ligada à entrevista, ou observam o que os sujeitos fazem por meio de observação direta.” Os dados recolhidos através da observação foram registados em grelha própria.

Assim, após consentimento por toda a equipa foi aplicado uma grelha de observação (Apêndice VI) na abordagem do enfermeiro à pessoa com risco de alteração da deglutição, durante o mês de fevereiro e início de março (aproximadamente quatro semanas). Esta grelha foi construída pela investigadora para o estudo, tendo em conta os princípios básicos de avaliação de deglutição e a escala de GUSS e tinha como principal objetivo avaliar as práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, identificando quais as principais dificuldades nesta área.

A observação das práticas dos enfermeiros foi realizada sempre no turno diurno, com início às 8:30h e término às 21h. Foram observados 12 enfermeiros, não foi possível observar toda a população do estudo. Apesar de todos os enfermeiros estarem informados da execução das observações, estes não sabiam em que momento ocorria a observação, uma vez que o investigador realizou as mesmas de uma forma discreta sem recurso a material didático (folhas, canetas, capa), para que não houvesse enviesamento de resultados.

A limitação das observações deveu-se à escassez de tempo, quer à dificuldade da investigadora em observar o enfermeiro no exato momento em que iria avaliar a capacidade de o doente deglutir, quer ao número de doentes extubados e que podiam ser alimentados.

Após análise das entrevistas e da observação realizamos um cruzamento de dados que segundo Sampieri, Collato e Lucio (2013) consiste em utilizar várias fontes para obter os dados, oferecendo uma maior riqueza, amplitude e profundidade do fenómeno em estudo.

2.4 Apresentação e análise dos resultados obtidos

A fase final de uma investigação consiste no tratamento de dados e na apresentação dos resultados. Num estudo de carácter qualitativo “a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos (...) participantes” (Fortin, 1999, p. 206). É necessário por parte do investigador fazer a organização e análise dos dados.

Os resultados foram obtidos através da realização de 10 entrevistas a enfermeiros da UCIP onde se desenvolve o projeto, e ainda pela aplicação da grelha de observação das práticas de cuidados de enfermagem ao doente crítico na avaliação da deglutição, num total de 12 observações. A análise de conteúdo será o método de eleição para a análise das informações recolhidas através das entrevistas, para o tratamento dos dados obtido através das grelhas de observação será realizada uma análise descritiva.

2.4.1 Caracterização Sociodemográfica e socioprofissional da amostra

Para a realização deste estudo contou-se com a participação de dez enfermeiros do serviço de UCIP, cujas características sociodemográficas e socioprofissionais encontram-se expressas no Quadro 2.

Quadro 2 Caracterização dos participantes

Género		
	Masculino	2
	Feminino	8
Idade		
	>30 anos	3
	31- 40anos	5
	> 40 anos	2
Experiência Profissional (anos)		
	< 5	2
	6- 10	5
	>11	3
Experiência profissional em UCIP (anos)		
	<5	5
	6-10	3
	>11	2
Formação académica		
	Licenciatura	6
	Pós-graduação	
	Especialidade em Enfermagem	1
	Especialidade em Enfermagem + Mestrado	3
Formação na área da Deglutição		
	Sim	1
	Não	9

Da análise do Quadro 2, podemos verificar que predomina participantes do sexo feminino (8), estando de acordo com a população de enfermeiros maioritariamente feminina. No que diz respeito à idade, três enfermeiros têm idade igual ou inferior a 30, cinco encontram-se entre os 31-40 anos e dois com idade superior a 40 anos, o que acaba por caracterizar a equipa jovem que pertence ao serviço UCIP.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, dois dos participantes são enfermeiros há menos de 5 anos, cinco exercem funções entre os 6 e os 10 anos e três dos têm mais de 11 anos de tempo de exercício profissional. Relativamente ao tempo de exercício profissional no serviço de UCIP, cinco enfermeiros trabalham neste serviço há menos de 5 anos, três trabalham na UCIP entre 6 a 10 anos e dois enfermeiros há mais

de 11 anos. O que reflete o crescimento da equipa, em termos numéricos, pelo aumento do número de camas desde a transferência para o novo hospital.

No que concerne à formação académica, dos dez participantes apenas quatro têm especialidade em enfermagem, especificamente Médico-Cirúrgica, sendo que três dos quais possuem Mestrado em Pessoa em Situação Crítica. Por fim, apenas um dos dez enfermeiros, realizou formação na área da Deglutição o que poderá indicar logo à partida uma lacuna num serviço onde uma grande maioria dos doentes apresenta um risco acrescido de disfagia pela intubação endotraqueal.

2.4.2 Práticas na avaliação da deglutição: na voz dos enfermeiros

Após a realização das entrevistas semiestruturadas e colheita de todos os dados, procede-se à análise e interpretação dos dados, com recurso à análise de conteúdo, segundo o processo de análise qualitativa dos dados proposta por Sampieri, Collato e Lucio (2013).

Da análise de conteúdo das entrevistas sobressaíram cinco áreas temáticas, e respetivas categorias que se encontram na Quadro 3. Estas categorias foram definidas obedecendo as regras de análise de categorias (Apêndice VII).

De forma a simplificar a exposição e análise dos resultados optamos por recorrer a quadros, que facilitam a sua compreensão, e descrever com alguns exemplos, escolhidos aleatoriamente, ao longo do capítulo.

Quadro 3 Áreas Temáticas e Categorias

Área temática	Categoria
Prática dos Enfermeiros na avaliação da deglutição	Avaliação do estado de consciência
	Avaliação do Padrão Respiratório
	Posicionamento do doente
	Avaliação da capacidade de deglutir a saliva
	Adequar a consistência do bolo alimentar
	Administrar pequenas quantidades
Percepções das necessidades formativas na área da Deglutição	Anatomia e Fisiologia da Deglutição
	Avaliação da deglutição e risco de disfagia
	Tipos de disfagias
	Abordagem ao doente com disfagia
Fatores facilitadores na avaliação da deglutição	Formação na área da deglutição
	Experiência profissional
	Existência de protocolo, com utilização de escala avaliação
	Presença do EEER
Fatores dificultadores na avaliação da deglutição	Inexperiência profissional
	Falta de formação permanente na área da deglutição
	Não uniformização das práticas
Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia	Avaliação estado consciência
	Posicionamento do doente
	Adequar a consistência do bolo alimentar
	Opção pela alimentação via entérica (SNG)
	Colaboração do EEER
	Referenciação especializada (terapeuta da fala)

Ao iniciar a entrevista com o intuito de conhecer as **práticas de intervenção de enfermagem na avaliação da deglutição**, foi questionado aos participantes quais as estratégias utilizadas para avaliar a deglutição ao doente internado na UCIP.

Quadro 4 Área Temática: Prática dos Enfermeiros na avaliação da deglutição

Área Temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Práticas dos Enfermeiros na avaliação da deglutição	Avaliação do estado de consciência	x	x	x		x	x	x	x	x	x
	Avaliação do Padrão Respiratório		x		x				x	x	
	Posicionamento do doente	x			x		x		x		
	Avaliação da capacidade de deglutir a saliva	x	x		x	x		x	x	x	
	Adequar a consistência do bolo alimentar	x	x	x	x	x	x	x		x	x
	Administrar pequenas quantidades			x			x	x		x	

Da análise do quadro 4, na área temática Práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição podemos verificar que emergem 6 categorias. A primeira, referida por nove dos dez entrevistados, **avaliação do estado de consciência**, isto é, antes de realizar qualquer tipo de avaliação da deglutição os enfermeiros avaliam se o doente apresenta um nível de consciência suficiente de forma a diminuir o risco complicações associadas:

E7 “(...)avalio o estado de consciência, que é muito importante para ver o doente também percebe o que estamos a ensinar e a testar (...) é importante para perceber se ele protege a via aérea ao engolir,”

E8 “(...)vejo se ele tem uma escala, em termos de consciência elevada. Ou seja, se ele estiver mais prostrado, e não conseguir verbalizar e comunicar também à partida também não terá capacidade para deglutir. Por isso em primeiro lugar avalia se a Escala de coma de Glasgow, (...)”

A presença de tosse, a capacidade de limpeza das vias aéreas, a qualidade vocal e as características da respiração constituem a categoria **avaliação do padrão respiratório**, mencionada por quatro dos dez enfermeiros:

E2 “(...)avalio também se o doente tem secreções (...)”

E8 “(...)após isso avalio a respiração, que tipo de respiração tem, se tem queda da língua ou não.”

Igualmente, a prática de otimizar o **posicionamento do doente** foi mencionada por quatro dos dez enfermeiros entrevistados, estes referiram a importância de um correto

alinhamento da cabeça e pescoço, com o doente sentado ou semi-sentado para avaliar a capacidade de deglutição do doente:

E6 “(...)posicionamos a pessoa, de forma a manter um correto alinhamento, para promover a eficácia do processo. (...)”

E8 “(...) claro que antes de fazer isso deve estar bem sentado, bem posicionado, antes de iniciar este treino, pois estes fatores contribuem para o sucesso.”

Outra prática que sete enfermeiros referiram foi a **avaliação da capacidade de deglutir a saliva**, verificando se o doente apresenta sinais como sialorreia, a simetria dos lábios e língua:

E4 “(...)consegue engolir a sua própria saliva (...)”

E9 “(...)se o doente consegue deglutir a sua saliva, ou se apresenta sialorreia. (...)”

Da análise dos discursos percebemos que uma prática bastante presente é **adequar a consistência do bolo alimentar**, referida por nove enfermeiros, utilizando espessante alimentar ou alterando a consistência do alimento oferecido ao doente:

E3 “(...) alterar a consistência com espessante, ou dieta pastosa (...)”

E6 “(...)se houver alterações, como tosse nos momentos após, muitas das vezes, coloco uma porção de espessante na água e testo novamente. (...)”

Por fim, quatro enfermeiros sublinham a importância de **administrar pequenas quantidades** do alimento oferecido para testar a capacidade de deglutição:

E6 “(...)testo, inicialmente, com uma pequena porção de água (...)”

E8 “(...)normalmente começo sempre com quantidade de agua mais pequenas, em 5 a 10ml de agua (...) mas sim por norma começo sempre por valores baixos, pelo risco de aspiração (...)”

Perceções das necessidades formativas na área da Deglutição

Através desta área temática procurou-se conhecer, na visão dos enfermeiros, se seria pertinente formação na área da deglutição, e especificamente quais as necessidades formativas. Todos os entrevistados exprimiram que seria importante formação nesta área e da análise de conteúdo contatou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias referidas do Quadro 5.

Quadro 5 Área Temática: Percepções das necessidades formativas na área da Deglutição

Área Temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Percepções das necessidades formativas na área da Deglutição	Anatomia e Fisiologia da Deglutição	x	x		x	x					x
	Avaliação da deglutição e risco de disfagia	x				x	x	x	x	x	
	Tipos de disfagias	x				x					x
	Abordagem ao doente com disfagia							x	x	x	x

Da análise das afirmações podemos perceber que nem todos os enfermeiros manifestam as mesmas necessidades formativas, sendo que cinco enfermeiros ressaltaram que **a Anatomia e Fisiologia da Deglutição**, como fundamental para a melhoria das práticas de enfermagem:

E2 “(...) perceber a parte a anatómica e as diferentes fases da deglutição.”

E4 “Em primeiro lugar perceber todo o mecanismo da deglutição, as diferentes fases de deglutição e claro aí será mais fácil perceber as disfagias.”

Seis dos enfermeiros entrevistados afirmaram que seria essencial perceber como avaliar a capacidade de deglutição bem como determinar o risco de disfagia, enquadrando-se na categoria **Avaliação da deglutição e risco de disfagia**.

E5 “(...) que métodos de avaliação existem (...) que métodos de avaliação existe e também quais são as estratégias/técnicas que devemos utilizar quando o doente apresenta disfagia.”

E6 “(...) Como avaliar eficazmente, (...) (...)se o utente tem ou não disfagia e que tipo de disfagia, bem como, as intervenções mais eficazes para proporcionar o melhor cuidado à pessoa (...)”

Menos frequente, mas referido por três enfermeiros, conhecer os diferentes **Tipos de disfagia**.

E5 “Penso que seria importante abordar temas tais como, os tipos de disfagia que existem (...)”

E10 “(...)acho que temas tais como, os tipos de disfagia (...)”

Por fim, quatro enfermeiros expuseram que seria pertinente conhecer a atuação ao doente com disfagia, ou seja, a **Abordagem ao doente com disfagia**.

E8 “(...) para que todos sejamos uniformes na abordagem ao doente com disfagia, ou mesmo que não tendo disfagia saber como avaliar primeiro a capacidade de deglutição(...)”

E9 “(...)como atuar perante o doente com disfagia. (...)”

Fatores facilitadores na avaliação da deglutição

Através desta área temática procurou-se conhecer, na ótica dos enfermeiros, quais os fatores facilitadores na intervenção da equipa de enfermagem na avaliação da deglutição. Deste modo, ao realizar a análise de conteúdo contactou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 6.

Quadro 6 Área Temática: Fatores facilitadores na avaliação da deglutição

Área Temática	Categoria	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	E ₈	E ₉	E ₁₀
Fatores facilitadores na avaliação da deglutição	Formação na área da deglutição	x	x	x		x	x	x	x	x	
	Experiência profissional			x		x		x	x	x	
	Existência de protocolo, com utilização de escala avaliação	x	x	x	x	x	x				x
	Presença do EEER	x	x	x	x			x			x

Oito enfermeiros identificaram que a **formação na área da deglutição** é um fator facilitador das práticas de enfermagem na avaliação da deglutição.

E5 “Penso que os fatores que podem facilitar a minha avaliação sobre a capacidade de deglutição vão muito ao encontro com o conhecimento que possa ter sobre esta área específica (...)”

E9 “(...)a formação sem dúvida deixa nos muito mais à vontade nesta na área. (...)”

A **experiência profissional** foi mencionada por cinco enfermeiros, como fator facilitador.

E6 “(...)A experiência profissional. (...)”

E7 “(...) e mais experiência na área (...) também a destreza que o próprio profissional vai tendo ao longo do tempo (...)”

A **Existência de protocolo, com utilização de escala avaliação**, foi referido por sete enfermeiros.

E1 “(...)seria sem dúvida uma mais valia para o serviço a utilização de uma escala (...) era fundamental”

E4 “(...)existência de protocolos facilita a toda a gente a avaliação destes doentes (...); “(...) o uso de uma escala facilita muito a nossa intervenção, ou melhor, ajuda a perceber melhor a capacidade que ele tem para deglutir ou não.”

Por último, seis profissionais frisaram que a **Presença do EEER**, profissional com competências específicas para atuar face ao doente com risco de alteração da deglutição, um fator facilitador:

E7 “(...)sendo a deglutição tão específica peço ajuda a alguém da área da reabilitação (...) para dar me dar algum suporte e apoio se não me sentir segura em dar o passo (...)”

E10 “(...)a presença do Enfermeiro de reabilitação e a sua colaboração é sempre uma mais valia, depois ter mais conhecimento nesta área específica (...)”

Fatores dificultadores na avaliação da deglutição

Nesta área temática emergiram três categorias e procurou-se conhecer, quais os fatores dificultadores na avaliação da deglutição. Estas categorias estão relacionadas com aos fatores facilitadores, quando estes se encontram em défice. Assim, ao realizar a análise de conteúdo constatou-se que as afirmações dos entrevistados se enquadravam nas categorias do Quadro 7.

Quadro 7 Área Temática: Fatores dificultadores na avaliação da deglutição

Área Temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Fatores dificultadores na avaliação da deglutição	Inexperiência profissional			x		x	x	x			
	Falta de formação permanente na área da deglutição	x	x		x	x	x	x	x	x	
	Não uniformização das práticas	x	x	x	x	x		x	x	x	x

A **inexperiência profissional** foi mencionada por quatro enfermeiros, como um fator dificultador na avaliação da deglutição:

E3 “(...)no início vamos um bocadinho às cegas... vamos dando um bocadinho de água a ver se ele consegue deglutir ou não.... não é? (...)”

E5 “Como não tenho grande experiência em disfagias tenho algum receio de não conseguir identificar alguma alteração nas diferentes fases da deglutição.”

Dos dez enfermeiros entrevistados, oito referiram a **falta de formação permanente na área da deglutição** outro fator dificultador:

E1 “(...) saber o tipo de disfagia que o doente tem, porque aí as atuações provavelmente vão ser diferentes (...) mais formação nessa área, ajuda.

E4 “(...)que a primeira dificuldade é perceber quando iniciar o treino de deglutição, será que ainda é cedo, será que o doente já tem capacidade para o fazer, a nível respiratório já estável o suficiente (...) é sempre um pouco difícil perceber o momento certo, eles estão sempre tão instáveis. (...) Não é uma área que domino muito (...) saber ao certo quais são os sinais de disfagia”

Por fim, das afirmações de nove dos entrevistados surge a categoria **Não uniformização das práticas**:

E1 “(...)não há uniformidade, cada um faz da sua forma, não é?!”

E2 “(...)acho que acaba por ficar um pouco ao critério de cada um (...)”

Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia

Da análise de conteúdo realizado surge a última área temática Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia. Da análise de conteúdo das entrevistas foram organizadas e categorizadas, como expõe o quadro 8.

Quadro 8 Área Temática: Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia

Área Temática	Categoria	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia	Avaliação estado consciência		x					x			x
	Posicionamento do doente	x			x	x	x	x	x	x	x
	Adequar a consistência do bolo alimentar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	Opção pela via alimentar entérica (SNG)		x		x	x		x			x
	Colaboração do EEER		x		x	x	x			x	x
	Referenciação especializada (terapeuta da fala)			x							

Das afirmações surge a categoria **Avaliação estado consciência**, referida como primeira estratégia por três enfermeiros:

E7 “(...)o doente deve estar consciente o suficiente para perceber aquilo que lhe estamos a dizer. ”

E10 “(...) perceber se a escala de coma de Glasgow, se tem condições (...)”

Dos dez enfermeiros entrevistados, oito referiram a importância de um correto posicionamento e alinhamento da cabeça e pescoço, dando origem à categoria **Posicionamento do doente**:

E6 “(...)posiciono a pessoa, de forma a manter um correto alinhamento, para promover a eficiência do processo. (...)”

E7 “(...) é importante manter um bom posicionamento, cabeceira bem elevada, um bom alinhamento corporal para permitir uma diminuição do risco de engasgamento.”

Da análise dos discursos percebemos que **adequar a consistência do bolo alimentar**, foi referida por nove enfermeiros, com recurso a espessante alimentar ou alterando a consistência do alimento oferecido ao doente:

E1 “(...) alimentos mais espessos. Alterar a espessura com o espessante, ou gelatina que é utilizada para tudo. (...)”

E2 “(...) vou ter que alterar a consistência daquilo que lhe vou dar, utilizar o espessante, uma gelatina.”

Cinco enfermeiros mencionaram a **Opção pela alimentação via entérica (SNG)** como estratégia de abordagem à pessoa com disfagia:

E5 “Se o doente tiver uma disfagia muito acentuada, normalmente voltamos a colocar uma sonda nasogástrica.”

E7 “(...) normalmente temos aqui uma coisa que nos ajuda e que nos dá mais segurança no alimentar e hidratar o doente, que é a presença da sonda nasogástricas. Normalmente os doentes mantêm a sonda nas primeiras horas ou dias (...)”

Novamente o EEER surge nos discursos de seis enfermeiros entrevistados, dando origem à categoria **Colaboração do EEER**:

E6 “(...)Se a enfermeira de reabilitação estiver presente, peço auxílio. (...)”

E9 “(...) sendo a deglutição tão específica peço ajuda a alguém da área da reabilitação (...) acaba por ser uma enorme ajuda, sentimo-nos muito mais á vontade com ela. (...)”

Por fim, um enfermeiro referiu o recurso a importância de **Referenciação especializada (terapeuta da fala)**:

E3 “(..)muitas vezes também é pedido colaboração à terapia da fala, para introduzir a dieta.”

2.4.3 Práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição: resultados das observações

Com o propósito de complementar as informações obtidas através das entrevistas, foram realizadas observações às intervenções de 12 enfermeiros, durante a avaliação da deglutição. Para tal construímos uma grelha de observação, tendo por base os itens de avaliação da escala de GUSS, o registo das observações foi efetuado na grelha de observação (Apêndice VI).

Quadro 9 Resultados da observação das práticas dos enfermeiros

Práticas dos enfermeiros	Observado		
Pré-avaliação/avaliação indireta	Sim	Não	Não aplicável
O enfermeiro senta o doente sentado (ou elevação da cabeça entre 45° a 90°)	8	4	
O Enfermeiro certifica-se que o doente tem Controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado	8	4	
O Enfermeiro avalia o Padrão respiratório e tosse eficaz	9	3	
O Enfermeiro certifica-se do nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)	11	1	
O Enfermeiro avalia a presença de assimetria facial: parésia /paralisia facial, desvio da comissura labial	2	0	10
O Enfermeiro avalia o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta	10	2	
O Enfermeiro avalia a capacidade que o doente tem para de fechar o lábio e controlo salivar; Movimentos da língua	10	2	
Avaliação direta	Sim	Não	Não aplicável
O Enfermeiro faz o teste com água bidestilada ou água engarrafada	12	0	
O Enfermeiro faz uso de espessante alimentar (até obter as diferentes consistências de néctar; pastoso)	11	1	
O Enfermeiro faz a avaliação por um volume menor e vai aumentando a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)	2	10	
O Enfermeiro administra o preparado ao doente com a ajuda de uma colher	2	10	
O Enfermeiro coloca o doente em ligeira flexão do pescoço	10	2	
O Enfermeiro repete o procedimento três vezes.	1	11	

Da análise do Quadro 9, podemos verificar que a observação foi dividida em duas partes distintas, mas que se complementam. Deste modo, numa primeira fase foi observado se os enfermeiros identificam sinais que poderão comprometer a deglutição, e práticas que devem ser adotadas no sentido de melhorar todo o processo de deglutição, denominada

pré-avaliação/avaliação indireta. Na segunda parte, a avaliação direta consiste nas práticas adotadas pelos enfermeiros a quando da realização do teste deglutição.

Constatamos que na avaliação indireta da deglutição, os enfermeiros apresentam práticas descritas no quadro referencial teórico, porém numa das práticas foi adotada por todos os enfermeiros. Antes de iniciar a avaliação apenas oito enfermeiros colocaram o doente sentado ou com elevação da cabeceira, certificando-se que o doente tem controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado. Verificou-se que três doentes não apresentavam um padrão respiratório adequado e ainda um doente não apresentava um nível de vigília suficiente para a ingestão via oral (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos) sendo nas duas situações prosseguido o teste de deglutição por parte dos enfermeiros. Em relação à avaliação da cavidade oral/estado da boca (mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta) e avaliação do controlo labial, salivar e movimentos da língua foi realizada por dez enfermeiros.

Relativamente à avaliação direta da deglutição, identificamos que a prática de realizar o teste com teste com água bidestilada ou água engarrafada foi a única realizada por todos os enfermeiros observados. Dos dozes enfermeiros observados, apenas um não utilizou espessante alimentar de forma a alterar a consistência do líquido oferecido. Verificou-se também, que dois enfermeiros iniciaram o teste oferecendo quantidade mais reduzidas e progressivamente aumentando, e só dois enfermeiros utilizaram uma colher para oferecer o conteúdo, todos os outros utilizaram a seringa de alimentação. Durante o procedimento, dez enfermeiros colocaram o doente em ligeira flexão do pescoço, e por fim apenas um enfermeiro repetiu o procedimento mais do que uma vez.

Após a apresentação dos dados obtidos será realizada uma síntese reflexiva, tendo por base a sustentação teórica já apresentada, que permitirão obter conclusões e ajudar a diagnosticar necessidades formativas na área da avaliação da deglutição, que posteriormente permitirá favorecer o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e melhorar os cuidados prestados.

2.5 Discussão dos resultados obtidos

Sendo a entrevista um método de recolha de dados, permitiu descrever a amostra, do ponto de vista socioprofissional e face questão de investigação formulada, obter resultados que nos conduziram às seguintes conclusões, que irão sustentar as atividades que apresentaremos adiante:

Na amostra predomina participantes do sexo feminino, com idades inferiores a 40 anos e com tempos de exercício profissional na UCIP inferior a 10 anos, refletindo a equipa de enfermagem deste serviço. Relativamente à formação apenas quatro dos enfermeiros apresentam formação complementar na área de enfermagem (pós-graduação, especialidade, mestrado).

Ao iniciar a entrevista os enfermeiros foram questionados quais as **práticas da avaliação de deglutição**, para que expusessem qual a sua atuação perante o doente com risco de alteração de deglutição. Da análise de conteúdo percebe-se que as práticas referidas pelos enfermeiros vão ao encontro da literatura, porém não existiu nenhuma prática que fosse mencionado por todos os enfermeiros. Segundo vários autores na abordagem ao doente com risco de desenvolver ou com alteração da deglutição deve ser percebido o nível de consciência, a qualidade vocal, as características da ventilação e capacidade de limpeza das vias aéreas, a avaliação da face, lábios e língua, a capacidade para mastigar, o controlo cervical (Cardoso [et.al.], 2011; Braga, 2016). Por outro lado, o enfermeiro deve estar alerta para sinais e sintomas, que poderão indicar risco de disfagia como dificuldade em iniciar a deglutição; deglutição repetida; alteração da qualidade da voz; regurgitação nasal ou oral; fraqueza facial; sialorreia; excessiva movimentação da língua, fraco controlo da mesma (Braga, 2016). Numa revisão sistemática da literatura realizado por Cardoso [et. al.] (2011) concluiu que a avaliação clínica não invasiva da deglutição, baseia-se na anamnese detalhada, no exame físico detalhado e dirigido à especificidade da deglutição, na avaliação morfodinâmica ou funcional, e por fim, no teste de ingestão oral.

No que se refere à **percepção das necessidades formativas na área da deglutição** todos os enfermeiros entrevistados referiram uma grande carência nesta área, apenas um enfermeiro entrevistado tinha frequentado uma formação a nível hospitalar onde foi abordada a temática em estudo. Os dados obtidos estão de acordo com as conclusões obtidas por Albini [et. al.] (2013), onde foi avaliado o conhecimento dos enfermeiros sobre os cuidados ao doente disfágico internado em UCI. O investigador constatou que existe conhecimento teórico e prático parcial relativamente aos cuidados de enfermagem ao doente com risco de alteração da deglutição, porém demonstrou que é fundamental formação contínua. A somar a esta necessidade formativa, Cioatto e Zanella (2015)

sublinham que existe uma carência nas instituições de ensino de enfermagem relativamente aos conteúdos programáticos relacionados às alterações de deglutição.

Quanto aos **fatores facilitadores e dificultadores na avaliação da deglutição** ao doente internado na UCIP podemos perceber que estes se interligam, uma vez que os fatores mencionados como facilitadores, quando estão em falta transformam-se em fatores dificultadores do exercício das suas práticas. A experiência profissional e formação são essenciais para a retenção de conhecimentos e habilidades, melhorando a capacidade de desempenho na abordagem ao doente com risco de disfagia. Frias [et al.] (2015) afirma que é fundamental que as equipas multidisciplinares estejam atentas e informadas sobre doente com risco de disfagia especialmente o enfermeiro, profissional de saúde que está “à cabeceira” do doente, deve adquirir conhecimento e habilidades para realizar a avaliação da deglutição ao doente a fim de diminuir possíveis complicações.

Outro fator referido, como facilitador das práticas pelos enfermeiros, foi a existência de um protocolo com utilização de uma escala avaliação que vai de acordo com as conclusões de Werner (2010). Este autor afirma que o uso de uma escala de avaliação e o devido registo de enfermagem proporciona um nível mais seguro de cuidados ao doente com risco de disfagia, pelo que deve ser implementada nas instituições de saúde. Cardoso [et al.], (2011) numa revisão sistemática da literatura concluiu ainda que a avaliação da deglutição através da aplicação de uma escala de triagem faz todo o sentido, dado à fácil e rápida aplicação pelos profissionais de saúde, não induz stress e produz os mesmos resultados entre diferentes profissionais com a mesma ou diferentes especializações. Contudo a nível mundial, não existe consenso absoluto sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste do compromisso da deglutição nem sobre de quem é essa responsabilidade da aplicação do mesmo (Braga, 2016).

Braga (2016), realça que de uma forma geral as equipas de enfermagem não se encontram devidamente treinadas na área da reeducação funcional da deglutição, já que as intervenções de enfermagem nesta área estão alocadas aos EEER com formação específica, sendo assim a presença do EEER um fator facilitador na avaliação da deglutição. No entanto, no serviço UCIP onde foi realizado o presente estudo, o EEER está presente de segunda a sexta feira (dias úteis) no turno da manhã. Nos restantes dias e turnos da tarde existe o apoio de um EEER que dá resposta a todos os serviços do hospital, sendo claramente insuficiente. Isto justifica a necessidade de uniformizar os procedimentos na avaliação da deglutição, em protocolo.

Relativamente ao atual protocolo de deglutição em vigor, este instrui apenas o treino de deglutição e não o procedimento de avaliação da deglutição, o que dificulta a sua

aplicabilidade, sendo por isso urgente reconsiderar o mesmo e divulgá-lo pelos enfermeiros para uniformizar as práticas dos mesmos.

No que diz respeito às **estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia**, podemos perceber que os enfermeiros, mais uma vez, não mencionam as mesmas práticas e estratégias quando estão perante um doente já identificado com disfagia. Esta situação é gerada pelo desconhecimento, não uniformização das práticas e in experiência profissional, fatores anteriormente referidos como dificultadores das práticas de enfermagem. É de referir que alguns enfermeiros entrevistados apontam o recurso à SNG como uma estratégia segura quando o doente apresenta disfagia, também Braga (2016) que reforça esta prática já que a reabilitação do doente com deglutição comprometida é um processo longo, recomendando a SNG enquanto a alimentação oral não for segura, não colocando em risco o reforço nutricional e hídrico e em simultâneo possibilita o treino de deglutição. Por fim, um enfermeiro mencionou a importância da referenciação especializada, em concreto a terapia da fala. Num processo de reabilitação é essencial que toda a equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, terapeutas da fala) esteja envolvida. É fundamental que o doente após devidamente identificado inicie a reabilitação da deglutição com recurso a posturas e técnicas compensatórias; exercícios de reabilitação e modificações dietéticas (Braga, 2016).

Da observação das práticas de enfermagem na avaliação da deglutição, constatamos que os enfermeiros apresentam intervenções descritas na literatura, porém não existe uma abordagem consistente e sistemática por parte dos mesmos. Estes resultados evidenciam a importância da utilização de uma escala de avaliação que oriente os “avaliadores” dos pontos fulcrais a observar (estado de consciência, reflexo de tosse, presença de sialorreia entre outros) e ainda que oriente qual o procedimento aquando do teste de deglutição (quantidade a administrar, textura), os sinais a observar após o teste, bem como o tipo de dieta e atitude terapêuticas a adotar. Padovani [et al.] (2007) explana que os testes devem ser breves, não invasivos, apresentar baixo risco para o paciente e possíveis de realizar à cabeceira do doente, mas capazes de identificar os pacientes com de risco de disfagia, para que se possa atuar de forma pró-ativa prevenindo possíveis complicações hospitalares.

Em síntese, de forma global os enfermeiros apresentam conhecimentos na área da deglutição, porém pelos fatores anteriormente mencionados, há uma evidente carência nesta temática traduzindo-se numa necessidade formativa. O EEER, profissional com competências específicas na área da deglutição torna-se elemento de referência para a restante equipa de enfermagem, por constituir-se como um elo facilitador de aprendizagem

na sua área de especialidade, favorecendo o desenvolvimento de conhecimento e competências dos enfermeiros.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

No desenvolvimento do trabalho de projeto, conforme a metodologia escolhida, sucede-se a definição dos objetivos. Os objetivos formulados orientaram o plano de ação, apontando os resultados que pretendemos atingir (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010). Constitui-se como objetivo geral do estudo:

- Contribuir para a uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação da deglutição.

De forma a alcançar este objetivo, foram traçados os seguintes objetivos específicos para este projeto:

- Identificar as práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição;
- Aprofundar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o processo de deglutição e a sua avaliação;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as complicações da intubação endotraqueal no processo de deglutição;
- Promover a implementação de um instrumento de avaliação da deglutição na UCIP;
- Apresentar uma proposta de procedimento de avaliação da deglutição.

4. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

A terceira fase do trabalho de projeto prevê o planeamento das atividades a desenvolver. Nesta etapa é elaborado um plano detalhado do projeto com definição e planeamento de atividades e estratégias a desenvolver, levantamento dos recursos disponíveis, calendarização das atividades, bem como o respetivo cronograma (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Os mesmos autores mencionam que o planeamento torna exequível os objetivos previamente definidos permitindo a obtenção dos resultados esperados. Os projetos não têm um carácter rígido e podem ser reformulados, existindo muitas vezes avanços e desvios, reestruturações, redefinições de estratégias e tarefas. Estas reorganizações advêm da resolução de dificuldades no progresso do projeto e mesmo no desenvolvimento de capacidades do grupo onde o projeto se encontra a ser desenvolvido.

As possibilidades de intervenção foram pensadas tendo por base a definição dos objetivos que nortegassem a uniformização das práticas de enfermagem na avaliação da deglutição. Desta forma as atividades planeadas pela investigadora foram:

1. Ação de formação intitulada: Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce;
2. Elaboração da proposta de procedimento de avaliação da Deglutição com recurso à escala de rastreio de disfagia: Escala de GUSS;

Seguidamente é apresentada o planeamento de cada uma das atividades.

Atividade nº 1

Ação de formação: Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce

Fundamentação

A pessoa internada em cuidados intensivos, é sujeita a procedimentos interferem e alteram os mecanismos naturais de defesa do organismo, exigindo conhecimento e habilidade da equipa multidisciplinar na tentativa de minimizar os danos que podem causar, entre eles podemos destacar a ventilação mecânica invasiva, intubação endotraqueal. Assim quando a pessoa é extubada oro/nasotraquealmente, independentemente do seu diagnóstico inicial, além de manter a monitorização e vigilância anteriores (nível de consciência, hemodinâmico, capacidade de ventilação e expectoração) esta deve ainda ser avaliada quanto à sua capacidade de deglutição, pelo risco acrescido que apresenta de disfagia após a intubação endotraqueal (Schefold [et. al.], 2017).

O EEER é o elemento especializado que possui competências específicas para efetuar uma avaliação/monitorização da deglutição e iniciar um programa terapêutico face à pessoa com alteração da deglutição. Porém, são os enfermeiros de cuidados gerais que permanecem 24h “à cabeceira” do doente, logo estes também devem ser capazes de avaliar a capacidade de deglutição e identificar a presença de disfagia, de uma forma sistemática e uniforme. Nesta perspetiva e atendendo ao domínio da melhoria contínua da qualidade, descrita nas competências comuns do enfermeiro especialista, o EEER deve assumir um papel de dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, diagnosticando necessidades formativas, concebendo os dispositivos formativos e atuando como formador. Portanto o EEER deve ser um elo facilitador de aprendizagem na sua área de especialidade (Regulamento nº 140/2019).

Após análise das entrevistas e das práticas dos enfermeiros dos enfermeiros da UCIP na área da avaliação da deglutição, conclui-se que as principais áreas com carência de conhecimento eram: fisiologia da deglutição; implicações da intubação endotraqueal na deglutição; identificação de sinais de disfagia; avaliação de deglutição com recurso a uma escala de triagem da disfagia.

Deste modo, foi planeada uma ação de formação que abordariam estas temáticas.

Objetivo Geral

- Desenvolver conhecimentos dos enfermeiros sobre as práticas na avaliação deglutição;

Objetivos específicos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para as complicações da intubação endotraqueal no processo de deglutição;
- Informar como proceder corretamente à execução do teste de deglutição à pessoa com possíveis alterações da deglutição;

População alvo

- Enfermeiros da UCIP

Intervenientes

- Enfermeiro de Reabilitação

Calendarização

- 08/04/2019 – 9h (Duração 1:30h)
- 11/04/2019- 15h (Duração 1:30h)

Estratégias a utilizar

- Realização de sessão formativa (apêndice VIII);
- Demonstração da execução do teste de avaliação: Escala de GUSS

Local

- Sala de formação da UCIP, do hospital onde decorre o estudo.

Recursos

- Computador;
- Retroprojeto;
- Copos plásticos;
- Colheres;
- Água engarrafada;
- Espessante alimentar

Metodologia e técnicas pedagógicas

- Expositivo;
- Interrogativo;
- Demonstrativo.

Estratégias de avaliação

- Registo de presenças
- Questionário de avaliação de satisfação da formação (Anexo C)

Atividade nº 2

Elaboração da proposta de procedimento de Avaliação e treino de Deglutição, com recurso a escala de rastreio de disfagia: Escala de GUSS

Fundamentação

Existem diferentes meios complementares de diagnóstico, que constituem a avaliação invasiva da disfagia, o de maior relevância é o videofluoroscópico (WGO, 2014). Outra forma de avaliação clínica é a avaliação clínica não invasiva que, de uma forma sucinta, se baseia na anamnese e exame físico dirigidos à especificidade da deglutição, na avaliação morfodinâmica ou funcional, e por fim, no teste de ingestão oral (Cardoso et al., 2011). É importante referir que existem muitos instrumentos validados para a avaliação da disfagia de uma forma não invasiva, no entanto, qual o mais adequado permanece por clarificar (Braga, 2016).

Após a análise das entrevistas dos enfermeiros da UCIP, conclui-se que estes não têm conhecimento da existência do protocolo que aborda a temática da deglutição. Por outro lado, o protocolo que neste momento encontra-se em vigor apenas enfatiza o treino de deglutição, a ser executado pelo EEER. A avaliação da deglutição com recurso a uma escala faz todo o sentido, pela fácil e rápida aplicação pelos profissionais de saúde, não induz stress e produz resultados fiáveis (Cardoso et al., 2011). Torna-se assim primordial reformular um novo protocolo, que inclua os procedimentos que orientem as práticas do enfermeiro de cuidados gerais na avaliação da deglutição, bem como as estratégias a adotar pelos mesmos. A escala de escala de triagem sugerida para o protocolo é a Escala de GUSS, uma vez que já é amplamente utilizada em diferentes serviços do hospital onde se realizou o estudo.

Objetivo Geral

- Apresentar o protocolo de uniformização das intervenções de enfermagem na avaliação da deglutição (Apêndice IX).

Objetivos específicos

- Analisar com a equipa de enfermagem o protocolo de avaliação da deglutição;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a mais valia da utilização de um protocolo.

População alvo

- Enfermeiros da UCIP

Intervenientes

- Enfermeiro de Reabilitação

- Enfermeira Chefe
- Diretor de serviço UCIP

Calendarização

- A aprovar e implementar em 2020.

Estratégias a utilizar

- Distribuição de panfletos informativos (Apêndice X);
- Fixação de cartaz informativo do protocolo na sala de trabalho;
- Demonstração da execução do teste de avaliação: Escala de GUSS.

Recursos

- Computador;
- Retroprojeto;
- Panfletos;
- Cartaz.

Metodologia e técnicas pedagógicas

- Expositivo;
- Demonstrativo.

Estratégias de avaliação

- Registo de presenças;
- Questionário de avaliação de satisfação da formação (Anexo C);
- Observação mensal (Apêndice VI).

5. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

A quinta etapa do trabalho de projeto “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planejado.” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p. 23). No decorrer deste trabalho projeto foram planejadas duas atividades, sendo realizada uma ação de formação intitulada “Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce” e elaborado uma proposta de procedimento que aguarda análise por parte da instituição.

A primeira atividade planejada materializou-se nas ações de formação que decorreram em duas datas distintas com o objetivo de alcançar o maior número de participantes possível, a primeira sessão realizou-se no dia 08/04/2019 às 15h e a segunda sessão dia 11/04/2019 às 9h, com duração de 1:30h cada uma. Participaram nas ações de formação um total de 23 enfermeiros, 12 na primeira sessão e 11 na segunda sessão, foi possível ainda a participação de alunos de licenciatura e enfermeiros que se encontravam a efetuar o estágio de Enfermagem de Especialidade de Médico –Cirúrgica sendo uma oportunidade de aprendizagem para os mesmos. A formação realizou-se na sala de reuniões da UCIP no horário previsto, e da forma como foi planejada. Na formação foram abordadas temáticas fundamentais para as práticas dos enfermeiros na avaliação da deglutição, e temáticas identificadas como uma necessidade, a quando das entrevistas e observações. Esta formação serviu assim para divulgar as necessidades identificadas pelos mesmos, dar a conhecer a escala de GUSS bem como a sua execução prática, promovendo assim um espírito de reflexão sobre o tema.

O objetivo destas sessões foi muito mais do que uma simples transmissão de informação, mas sim um momento de esclarecimento de dúvidas, reflexão sobre práticas de enfermagem atuais e futuras, sempre com o objetivo de melhoria contínua dos cuidados.

Relativamente à segunda atividade planejada “Elaboração da proposta de procedimento de Avaliação e treino de Deglutição, com recurso a escala de rastreio de disfagia: Escala de GUSS”, como já foi mencionado anteriormente, mostrou-se uma necessidade primeiro pelo desconhecimento dos enfermeiros entrevistados da existência de um protocolo que aborda o treino de deglutição, e segundo pela inexistência do procedimento de avaliação da deglutição. Assim de forma a produzir um documento constituído por diretrizes de natureza técnica e científica, de forma a relembrar e padronizar condutas clínicas foi apresentado um protocolo, no sentido de ser aprovado pela comissão científica do Hospital e implementar como protocolo do serviço.

A construção desta sugestão de procedimento (Apêndice IX), visa essencialmente, uniformizar as práticas dos enfermeiros na avaliação de deglutição, bem como direcionar as suas práticas na abordagem ao doente com risco de alteração da deglutição. Importa

ressalvar que a implementação e o respeito pelo protocolo supramencionado, nunca deve apresentar-se como uma definição estanque, devendo manter-se a análise crítica e reflexiva dos profissionais que a utilizam.

Seguidamente faço a avaliação das atividades desenvolvidas neste trabalho e a avaliação global do trabalho projeto.

6. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A última etapa da metodologia projeto passa pela avaliação das atividades desenvolvidas, sendo fundamental o recurso a instrumentos de avaliação como questionários, entrevistas entre outros (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

Como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no domínio das Competências da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional [reconhecendo que] (...) a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (Regulamento nº 140/2019, p. 4747).

No que diz respeito à primeira atividade desenvolvida, a ação de formação intitulada “Avaliação da Deglutição - O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção precoce”, podemos admitir que foi uma atividade realizada com sucesso uma vez que participaram um elevado número de elementos da equipa de enfermagem, num total de 23 enfermeiros. A ação de formação foi bastante interativa, houve exposição de dúvidas, troca de experiências, sugestões de melhoria e momentos de debate.

Numa perspetiva de avaliação das sessões formativas, os enfermeiros que participaram na formação preencheram um questionário (Anexo C). O questionário encontra-se dividido em quatro partes distintas, onde é realizada uma avaliação global, avaliação do impacto da formação, avaliação dos formadores e por fim sugestões e críticas. As respostas apresentadas correspondem ao preenchimento de 23 questionários.

No primeiro item, avaliação global (clareza e adequação dos objetivos, relação com a prática, duração da ação, relacionamento entre os participantes, instalações, audiovisuais, apoio administrativo e técnico e pertinência da formação) as respostas dos enfermeiros posicionaram-se entre o 3 (concordo) e o 4 (concordo totalmente) em relação à grande maioria das questões (quadro 10).

Quadro 10 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação Global

Avaliação Global	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
Objetivos da Formação				23
Conteúdos da Formação				23
Trabalhos, exercícios e atividades suficientes			2	21
Duração da formação/ formação adequada				23
Relacionamento entre participantes positivo			1	22
Instalações adequadas			4	19
Meios audiovisuais adequados			2	21
Documentação suficiente				23
Apoio administrativo e técnico pedagógico adequado				23

Em relação ao impacto da formação (quadro 11) no que concerne à aquisição de novos conhecimentos, a utilidade dos conhecimentos para a prática e um melhor desempenho profissional todos os enfermeiros deram nota máxima (Concordo totalmente).

Quadro 11 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação do Impacto da Formação

Avaliação do Impacto da Formação	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
Aquisição de novos conhecimentos			1	22
Conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções				23
Conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho				23
Conhecimentos adquiridos vão contribuir para o meu desenvolvimento profissional				23

Por fim, no que concerne à avaliação do formador (quadro 12) quanto ao domínio sobre o assunto, a metodologia utilizada, exposição do assunto e relação estabelecida com os formandos, todos os enfermeiros atribuíram a nota máxima.

Quadro 12 Avaliação da formação por parte dos participantes: Avaliação do Formador

Avaliação do Formador	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
Domínio do assunto				23
Metodologia utilizada adequada				23
Exposição dos assuntos clara				23
Relação estabelecida com os formandos positiva				23

Apresentados os resultados dos questionários, podemos assumir que o impacto da ação de formação foi bastante positivo, quer nos aspetos estruturais e processuais da atividade, quer ao impacto global da sessão, enfatizando assim a pertinência da formação nesta temática.

Por condicionantes temporais e pessoais (licença de maternidade) a investigadora não realizou uma segunda aplicação da grelha de observação após a formação. Porém pela admissão de novos enfermeiros na UCIP estão previstas novas sessões de formação nesta área e implementação do novo protocolo de avaliação de deglutição, sendo pertinente realizar posteriormente a aplicação da grelha de observação.

7. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética é um “conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114), pelo que a investigação aplicada a seres humanos pode interferir com os seus direitos e liberdades. Assim é imperativo tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações existindo cinco princípios fundamentais “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e legal” (Fortin, 1999, p.116).

A realização de um trabalho de investigação, especificamente de um trabalho projeto, pressupõe por parte dos investigadores, o cumprimento de princípios éticos inerentes ao mesmo, já que os resultados obtidos poderão contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico, mas também, poderá comprometer a individualidade dos participantes, nomeadamente quando a informação fornecida pelos mesmos é deturpada, ou mais ainda quando é divulgada para fins que não os previamente estabelecidos e rigorosamente restritos à análise pelos investigadores.

Assim este estudo seguiu todos os passos legais, primeiramente foi enviado pedido de autorização para o desenvolvimento deste trabalho projeto ao Conselho de Administração e da Comissão de Ética da instituição, um pedido de autorização para a formação à enfermeira chefe da UCIP deste hospital; anexado o pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados; construído um documento de consentimento informado para os enfermeiros participantes no estudo, a informar e explicar os objetivos da investigação e garantir a participação voluntária dos intervenientes (Apêndice XI). Após a obtenção da aprovação dos pedidos solicitados pelo Conselho de Administração e da Comissão de Ética da instituição (Anexo B) partimos para o diagnóstico de situação como primeira etapa do trabalho.

Neste sentido ao longo de todas as etapas deste trabalho projeto foi salvaguardada a privacidade e confidencialidade de todos os profissionais envolvidos, os dados obtidos bem como a sua apresentação foram codificados com a utilização de códigos numéricos para a sua identificação. Só participaram no estudo os profissionais de saúde que, de forma livre espontânea e esclarecida, o demonstraram querer fazer, dando espaço para o esclarecimento de possíveis dúvidas quanto ao estudo. O documento de Consentimento foi assinado por todos os participantes, antes da participação no estudo.

Deste modo, foram respeitados todos os princípios éticos de uma investigação que envolve seres humanos.

CONCLUSÃO

A disfagia é uma condição clínica que se caracteriza pela dificuldade da pessoa em deglutir, situação que pode ocorrer em qualquer fase, ou entre as fases da deglutição e que impede o normal processo de deglutição, de forma segura e eficiente. Esta condição conduz a implicações importantes na pessoa ao nível da nutrição, hidratação e ao nível da saúde pulmonar (WGO, 2014).

A disfagia é um problema que surge com alguma frequência e, embora a sua prevalência não seja totalmente conhecida, sabe-se que tende a aumentar pelo crescente número de doentes com doenças crónicas e neurológicas e que cursam com disfagia, assim como pelo aumento da esperança média de vida (Paiva, Xavier, & Farias, 2012, Santoro, 2008).

O doente internado em cuidados intensivos, pela sua gravidade, é frequentemente sujeito a intubação endotraqueal e ventilação mecânica, sendo que estes procedimentos afetam o normal funcionamento do processo de deglutição, determinando a origem das disfagias orofaríngeas pós extubação (Ajemian [et. al.], 2001; Johnson [et. al.], 2018). No entanto, apesar de ser considerada multifatorial, a etiologia da disfagia pós extubação ainda não é totalmente conhecida (Goldsmith, 2000; Johnson et al., 2018; Schefold [et. al.], 2017). Vários autores referem ainda que a disfagia após extubação é comum em doentes internados em cuidados intensivos, podendo manter-se até à alta hospitalar.

Da revisão da literatura efetuada sobressai o impacto negativo da disfagia e, apesar da diversidade de estudos é consensual que a identificação precoce e objetiva desta disfunção, diminui a ocorrência de complicações importantes como desidratação, desnutrição, aspiração e pneumonia de aspiração, sépsis e morte (WGO, 2014). Assim, é essencial que a pessoa internada em cuidados intensivos após a extubação endotraqueal, seja avaliada na sua capacidade de deglutição, pelo risco acrescido que apresenta de disfagia (Padovani [et. al.], 2008; Mota, Carvalho e Brito, 2012).

Pelo carácter contínuo dos cuidados de enfermagem, relativamente ao doente com alteração da capacidade de deglutição, as intervenções destes profissionais percorrem todas as fases do processo de enfermagem, nomeadamente na identificação, definição do diagnóstico, implementação das intervenções e avaliação de resultados. Portanto, os enfermeiros generalistas e especialistas são fulcrais na identificação deste problema, destacando-se o papel do enfermeiro especialista na identificação da disfagia e na sua reabilitação (Werner, 2010).

Esta problemática surge como uma oportunidade de intervenção do EEER, na medida em que “a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas (...)”

assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, (...) e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” assentando num processo de tomada de decisão para dar resposta a um problema ou a uma necessidade (Regulamento nº 125, p. 8658).

O contributo do Enfermeiro de Reabilitação, como enfermeiro especialista, vai além do amplo nível de conhecimentos científicos, técnicos e humanos na sua área de especialidade. Este apresenta um papel ativo no desenvolvimento e disseminação de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em projetos institucionais na área da qualidade. Ainda nesta linha de pensamento, o EEER possui competências inseridas no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que lhe permite tornar-se um facilitador dos processos de aprendizagem e desenvolver uma prática pedagógica, em contexto de trabalho, identificar necessidades formativas, realizar formação, avaliando o seu impacto. Portanto, o Enfermeiro Especialista assume um papel central na formação e atualização dos pares, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade com vista a promover um ambiente terapêutico e seguro.

Nesta perspetiva, para a execução desta investigação, foi escolhida a metodologia de Trabalho de Projeto, já que esta é uma metodologia que tem como objetivo primordial a análise e resolução de problemas em equipa (...) na tentativa de intervenção, baseada em alicerces fundamentais, para a resolução eficaz desse mesmo problema” (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010, p. 4) e envolve trabalho em grupo, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

No sentido de dar resposta às fases do Trabalho de Projeto, o diagnóstico da situação centrou-se na identificação das práticas de enfermagem na avaliação da deglutição e abordagem ao doente com disfagia, bem como as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço de internamento UCIP. As estratégias utilizadas para a recolha de informação foram a observação das práticas dos enfermeiros e a realização de entrevistas semi-estruturadas.

Da análise de resultados obtidos, na fase de diagnóstico de situação, os enfermeiros descrevem práticas de avaliação de deglutição, descritas na literatura, porém as práticas mencionadas não foram uniformes, existindo dificuldade por parte dos entrevistados em descrever de forma sistemática a sua intervenção.

Os enfermeiros entrevistados reconhecem a necessidade e importância da formação na área da deglutição, sendo considerado por todos essencial e urgente. Possuir formação na área foi igualmente considerada pelos enfermeiros como um fator facilitador na avaliação

da deglutição. Também a existência de um protocolo, com utilização de uma escala avaliação e a presença de enfermeiro de Reabilitação foram fatores referenciados como facilitadores das práticas na avaliação da deglutição.

Como fatores dificultadores da intervenção de enfermagem na avaliação da deglutição o mais referido foi a não uniformização das práticas, seguindo-se a falta de formação permanente na área da deglutição e a in experiência profissional. Na ótica dos enfermeiros estes são os fatores que dificultam a sua intervenção na avaliação da deglutição, e estão diretamente relacionados com os fatores facilitadores.

Quando passamos à identificação das estratégias e recursos utilizados na abordagem à pessoa com disfagia, foram obtidos resultados que estão de acordo com a literatura. A avaliação contínua do estado de consciência, a otimização do posicionamento do doente aquando das refeições, o recurso a posturas e técnicas compensatórias, bem como a introdução de modificações dietéticas, foram algumas das intervenções mencionadas pelos entrevistados. Porém, nesta área temática foram identificadas dificuldades por parte dos enfermeiros, sendo mencionada o recurso à SNG como uma opção segura à hidratação e alimentação dos doentes, bem como e a colaboração do EEER. As respostas obtidas estão em concordância com as observações realizadas às práticas dos enfermeiros.

Os resultados obtidos sugeriram ainda que seria importante a realização de formação na área da deglutição, bem como a necessidade de uniformização das práticas na avaliação da deglutição, com recurso a um protocolo com a utilização de uma escala de avaliação, que oriente os “avaliadores” para o procedimento.

Após o diagnóstico da situação, e identificados os problemas e necessidades, foi definida uma estratégia de intervenção, materializando-se nas atividades desenvolvidas, com a finalidade de uniformizar as práticas de enfermagem na avaliação da deglutição. Estas atividades foram executadas, envolvendo toda a equipa de enfermagem, para que em conjunto contribuíssemos para uma eficaz avaliação e diminuição das complicações associadas à disfagia.

As atividades definidas foram a realização de uma ação de formação em contexto de trabalho, para os enfermeiros da UCI onde se desenvolveu o estudo, e a elaboração de uma proposta de procedimento de avaliação da deglutição ao doente internado na UCI, que foi apresentado à chefia no sentido de ser aprovado pela comissão científica do Hospital e figurar como protocolo do serviço.

Após a realização da primeira atividade, a ação de formação, foi feita a avaliação da mesma e segundo os resultados obtidos podemos dizer que o nível de satisfação com a ação de formação foi elevado.

Espera-se que as atividades desenvolvidas e propostas tenham implicações a diferentes níveis: para a pessoa em situação crítica, para que esta possa estar mais protegida das complicações associadas à disfagia após extubação; para os profissionais, pela possibilidade de desenvolver conhecimentos na área da deglutição e pela oportunidade de poderem utilizar um novo procedimento que permita sistematizar e uniformizar as práticas de enfermagem.

A realização deste trabalho de investigação representou um excelente exercício de aprendizagem, correspondendo a mais uma etapa do meu percurso de desenvolvimento pessoal, profissional e académico que permitiu aprofundar conhecimentos na área das metodologias e técnicas de investigação, bem como na área da enfermagem de reabilitação. Neste pressuposto, o trabalho aqui documentado surgiu de um contexto e necessidade real, colmatando com sucesso uma carência existente ao nível da prestação de cuidados, o que se determinou numa dupla satisfação, pessoal e profissional.

No decorrer deste trabalho, deparamo-nos com algumas dificuldades inerentes ao desenvolvimento do projeto. O cumprimento dos tempos, inicialmente definidos não foi possível concretizar pela ausência prolongada da atividade profissional e académica, por motivos de licença de maternidade. Por outro lado, a literatura sobre a disfagia é reduzida em Portugal, especialmente, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação, sendo necessário recorrer a estudos internacionais e noutras valências de reabilitação para sustentar a pesquisa e o trabalho realizado.

O culminar deste Trabalho de Projeto será a implementação do procedimento, na medida em que este dá resposta aos objetivos delineados no trabalho. Pensamos ser pertinente a avaliação das práticas seis meses após a implementação do protocolo no sentido de avaliar o real impacto deste Trabalho de Projeto. A aplicação da grelha de observação utilizada no diagnóstico de situação, poderá ser uma excelente estratégia para verificar a eficácia deste projeto. Sugere-se ainda o desenvolvimento de novas sessões de formação, pela admissão de novos elementos e numa perspetiva de formação contínua.

Em forma de conclusão, podemos afirmar que os objetivos foram cumpridos e estamos convictos que, o presente estudo contribuiu para o desenvolvimento de competências, dando resposta de uma prática de enfermagem cada vez mais complexa, diferenciada e exigente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJEMIAN, Michael [et al.] - Routine Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing Following Prolonged Intubation: Implications for Management. **Arch Surg** [Em linha] vol. 136, nº 1 (abr, 2001) p. 434-437 [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: [10.1001/archsurg.136.4.434](http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.136.4.434)

ALBINI, Rejane [et al.] – Conhecimento da enfermagem sobre cuidados a pacientes disfágicos internados em unidade de terapia intensiva. **Revista CEFAC** [Em linha] vol. 15, nº 6 (Ago, 2013), p. 1512-1524. [Consultado a 17 março 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-18462013005000047>

ALMEIDA, Ana Elizângela [et al.] – Prevalência de risco moderado e alto de aspiração em pacientes hospitalizados e custo-efetividade da aplicação de protocolo preventivo. **Jornal Brasileiro de Economia da saúde** [Em linha] vol. 8, nº 3 (Dez, 2016), p. 216-220 [Consultado a 10 dezembro 2018]. Disponível em: <http://www.jbes.com.br/images/v8n3/216.pdf>

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION – **Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology** [em linha]. USA. 2004. [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: <https://www.asha.org/uploadedFiles/PP2004-00191.pdf>

BELAFSKY, Peter [et. al.] - Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology** [Em linha] vol. 117, nº 12 (Dez, 2008), p.919-924. [Consultado a 10 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>

BRAGA, Ricardo - Avaliação da Função Deglutição. In MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís- **Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida**. 1ª ed. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-73-4. p. 181–188

CARDOSO, Anabela [et al.] – Avaliação não-invasiva da Disfagia no AVC: Revisão Sistemática. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha] Vol. 3, nº5 (Dez, 2011), p.135-143. [Consultado a 10 dezembro 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1106>

CIATTO, Ana; ZANELLA, Nádia – Conhecimento da Enfermagem sobre assistência ao paciente disfágico no Hospital Regional do Sudoeste do Paraná. **Saúde Santa Maria** [Em linha] vol. 41, nº 1 (jan/jul, 2015) p.65- 76 [Consultado a 2 abril 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583411675>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **CIPE. Versão 2015: classificação internacional para a prática de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016. ISBN 978-989-8444-35-6 p.52

CRARY, *Michael* [et. al.] - Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation** [Em linha] vol. 86, nº 5 (Ago, 2005), p.1516-1520. [Consultado a 10 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>

DANIELS, Stephanie; ANDERSON, Jane; WILSON, Pamela - Valid Items for Screening Dysphagia Risk in Patients With Stroke: A Systematic Review. **AHA Journals** [Em linha] vol. 43, nº 3 (Mar, 2012), p. 892-897 [Consultado a 10 dezembro 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.640946>

DECRETO-LEI nº 161/96. **DR I Série A**. 250 (1996/09/04) P. 2959-2962

DONOVAN, Neila [et al.] – Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium. International Stroke Conference 2012. **AHA Journals** [Em linha] vol. 44, nº 4 (Abr, 2013), p. e24-e31 [Consultado a 15 dezembro 2018]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/4/e24.full.pdf+html>

ETGES, Camila [el al.] - Instrumentos de rastreio em disfagia: uma revisão sistemática. **CoDAS** [Em linha] vol. 26, nº 5 (set/out, 2014), p.343-349. [Consultado a 10 janeiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>

FERREIRA, Alexandra – **Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala de Guss: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação**. Évora: [s.n], 2018. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Universidade de Évora

FERREIRA, Alexandra [et al.] – Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português - **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha] série IV, nº 16 (Jan, 2018), p. 85-94 [Consultado a 9 Junho 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17090>

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação, da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 978-972-8383-10-7

FRIAS, Ana [et al.] – Dysphagia in the patient after stroke: consequences and nurse intervention. **Revista Ibero-Americana de Saúde e envelhecimento** [Em linha] vol.1, nº3

(Dez, 2015), p.362-374. [Consultado a 20 dezembro 2018]. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/search/authors/view?firstName=Ana&middleName=&lastName=Frias&affiliation=Universidade%20de%20C3%89vora&country=PT . ISSN 2183-6663

GOLDSMITH, Teresa - Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders following Endotracheal Intubation and Tracheostomy. **International Anesthesiology Clinics** [Em linha] vol. 38, nº 3 (jul, 2000), p.219-242. [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: [10.1097/00004311-200007000-00013](https://doi.org/10.1097/00004311-200007000-00013)

GOYAL, Raj – Alterações da Função Gastrointestinal. In FAUCI, Anthony [et al.] – **Harrison Medicina Interna**. 17ª ed, vol. 2. Rio de Janeiro, 2008. ISBN 978-7726-051-5. p. 237-245

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto ; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos ; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar - **Metodologia de pesquisa**. 5º. Ed. São Paulo: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2

HOEMAN, Shirley – **Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados**. 4ª ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31- 4.

<http://www.fonovim.com.br/arquivos/9c1bb9419ba044afdf99b1b9f2fe321d-Intuba----o-orotraqueal-e-disfagia.pdf>

JOHNSON, Karen [et al.] – Validation of a postextubation dysphagia screening tool for pacientes afeter prolonged endotracheal intubation. **American Journal of Critical Care** [Em linha] vol. 27, nº 2 (Mar, 2018), p. 89-96. [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018483>

KHAN, Abraham ; CARMONA, Richard e TRAUBE, Morris - Dysphagia in the Elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**. [Em linha] vol. 30, nº 1 (Fev, 2014), p. 43-52 [Consultado a fevereiro 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2013.10.009>

LIRIA [et al.] – Tratamiento y Rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. **Revista de Neurologia** [Em linha] vol.58, nº6 (2014), p.259-267. [Consultado a 15 dezembro]. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2013335>

LOGEMANN, Jeri - Treatment of Oral and Pharyngeal Dysphagia. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America** [Em linha] vol. 19, nº 4 (Nov, 2008), p. 803-816. [Consultado a 5 março 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.06.003>

MACHT, Madison [et al.] - ICU-Acquired Swallowing Disorders. **Critical Care Medicine** [Em linha] vol. 41, nº 10 (Out, 2013), p. 2396-2405. [Consultado a 21 março 2019]. Disponível em: [10.1097/CCM.0b013e31829caf33](https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31829caf33)

MARQUES, Charles Henrique; ANDRÉ, Charles; ROSSO, Ana Lúcia - Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação. **Revista Acta Fisiátrica** [Em linha] vol.15, nº2 (2008), p.106-110. [Consultado a 15 dezembro 2018]. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/pesquisar_autor.asp?autor=Charles%20Andr%E9

MELO, Elizabeth [et al.] - Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Referência** [Em linha] série IV, nº 1 (fev/mar, 2014), p. 55-63. [Consultado a 15 março 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1316>

MENDES, Tânia - **A reabilitação em utentes com disfagia após AVC**. Barcarena: [s.n], 2009. Monografia Final de curso Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Atlântica

MILLER, Arthur - The neurobiology of swallowing and dysphagia. **Developmental Disabilities Research Reviews** [Em linha] vol. 14, nº 2 (Jul, 2008), p.77-86. [Consultado a 20 dezembro 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ddrr.12>

MOTA, Luiz; CARVALHO, Glauber e BRITO, Valeska- Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: Revisão da literatura- **Otorhinolaryngol** [Em linha] vol. 6, nº 12 (2012), p. 236-245 [Consultado a 8 junho 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/iao/v16n2/v16n2a14>

MOURÃO, [et al.] – Evolução da deglutição no pós-AVC agudo: estudo descritivo. **Revista CEFAC** [Em linha] vol.18, nº2 (Mar, 2016), p.212- 217. [Consultado a 11 dezembro 2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618212315>

NOGUEIRA, Dália [et al.] - Measuring Outcomes for Dysphagia: Validity and Reliability of the European Portuguese Eating Assessment Tool (P-EAT-10). **Dysphagia** [Em linha] Vol. 30 (Out, 2015) p. 511–520 [Consultado a 10 de janeiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9630-5>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE** [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015, [Consultado a 20 de março de 2019]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_2910_2015_VF_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, atualização. Agosto 2012. [Consultado

a 20 de Dezembro de 2019]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

PADOVANI, Aline [et al.] - Intubação orotraqueal e disfagia: comparação entre pacientes com e sem dano cerebral – **Einstein** [Em linha] vol. 6, nº 5 (2008), p. 343-349 [Consultado a 8 junho 2019]. Disponível em:

PADOVANI, Aline [et al.] – Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para a disfagia - **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia** [Em linha] vol. 12, nº 3 (Jul, 2007), p. 199-205 [Consultado a 1 fevereiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>

PAIVA, Karina; XAVIER, IVY; FARIAS, Norma - ENVELHECIMENTO E DISFAGIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA. **Journal of aging and innovation**. [Em linha] vol. 1, edº 6 (Mar, 2013) [Consultado a 20 dezembro 2018]. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume1-edicao6-2012/envelhecimento-e-disfagia/>

PARK, Yeon-Hwan [et al.] – Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. **Geriatric Nursing** [Em linha] vol. 34 (Fev, 2013) p.212- 217 [Consultado a 11 dezembro 2018]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.02.014>

PAULOSKI, Barbara - Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America** [Em linha] vol. 19, nº 4 (Nov, 2008), p. 889-928. [Consultado a 5 março 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2008.05.010>

PORTUGAL - Dec. Lei no. 161/96 - Aprova o **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. D.R.-I-A Série. no. 205 de (1996-09-04). p. 2959. atualizado. 21 Abril 1998 Decreto-lei no 104/98 (REPE)

PORTUGAL- Direção Geral de Saúde – **Avaliação da situação nacional das Unidades de Cuidados Intensivos: Relatório Final**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consultado a 27 de janeiro 2019]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avalia%C3%A7%C3%A3o-nacional-da-situa%C3%A7%C3%A3o-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PORTUGAL. 13º Relatório Nacional das Doenças Respiratórias 2018 - **Observatório Nacional das Doenças Respiratórias**. [Em linha] 2018 [Consultado a 3 março de 2019] disponível em: https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

PORTUGAL. Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala - **Disfagia: Perturbação da deglutição**. [Em linha] 2017 [consultado a 4 março de 2019] Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/vuh0e9o7re548us/Folheto%20-%20Disfagia.pdf?dl=0>

QUEIRÓS, Alexandra [et al.] - Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação** [Em linha] vol. 24, nº 2 (2013), p. 25-30. [Consultado a 12 janeiro 2019]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.108>

REGULAMENTO nº 125/2011. **DR II Série**. 35 (2011/02/18) p. 8658 – 8659

REGULAMENTO nº140/2019.**DR II Série**. 26 (2019/02/06) p. 4744 – 4750

RODRIGUES, Katia [et al.] - Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** [Em linha] vol. 27, nº 1 (Mar, 2015), p. 64-71. [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150011>

ROY, Nelson [et al.] - Dysphagia in the Elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors, and Socioemotional Effects. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology** [Em linha] Vol. 116, nº 11 (Nov, 2007) p. 858-865. [Consultado a 10 de janeiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/000348940711601112>

RUIVO, Maria Alice; FERRITO, Cândida e NUNES, Lucília – **Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas**. Percursos. Setúbal. ISSN 1646-5067. Nº 15 (Jan-mar. 2010), p. 1-37.

SANTORO, Patrícia Paula – Disfagia orofaríngea: Panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Revista CEFAC** [Em linha] vol.10, nº2 (Jun, 2008) [Consultado a 15 dezembro 2018]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462008000200002>>. ISSN 1982-0216

SCHEFOLD, Joerg [et al.] - Dysphagia in Mechanically Ventilated ICU Patients (DYnAMICS): A Prospective Observational Trial. **Critical care Medicine** [Em linha] vol. 45, nº 12 (Dez, 2017), p. 2061-2069. [Consult. 10 março 2019]. Disponível em: [10.1097/CCM.0000000000002765](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002765).

SEE, Kay [et al.] - Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. **Critical Care** [Em linha] vol. 20, 326 (Out, 2016), p. 1512-1524. [Consultado 20 março 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1507-y>

SERRANO, Gloria Pérez- **Elaboração de projetos sociais, casos práticos**. Porto: Porto editora, 2008. ISBN:978-972-0-3-4857-9.

SILVA, Roberta – A eficácia da Reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. [Em linha] vol. 19, nº 1 (jan, 2007), p.123-130. [Consultado a 25 janeiro 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100014>.

SKORETZ, Stacey; FLOWERS, Heather; MARTINO, Rosemary - The Incidence of Dysphagia Following Endotracheal Intubation: A Systematic Review. **Chestjournal** [Em linha] vol. 137, nº 3 (Mar, 2010), p. 665-673. [Consultado a 10 março 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1378/chest.09-1823>

SORENSE, Rikke Terp [et al.] – Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia After Stroke. **Journal of Neuroscience Nursing** [Em linha] vol. 45, nº 3 (Jun., 2013), p. 139-146 [Consultado a 10 dezembro 2018]. Disponível em: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/01376517-201306000-00005.pdf>

TRAPL, Michaela [et al.] – Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. **AHA Journals** [Em linha] vol. 38, nº 3 (Out, 2007), p.2948-2952. [Consultado a 10 dezembro 2018]. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

WERNER, Helen - The Effect of a Dysphagia Educational Program on Registered Nurses' Intentions to Perform Dysphagia Assessment. **Journal of Neuroscience Nursing** [Em linha] vol. 42, nº 4 (Ago, 2013), p. E1-E11. [Consultado a 3 março 2019] DOI: 10.1097/JNN.0b013e3181e26bcf

WHITE, Gregory [et al.] – Dysphagia causes, assessment, treatment, and management- **Geriatrics**. Basileia, Suíça. ISSN 2308-3417.vol. 63, nº 5 (Mai, 2008), p. 15-20

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION – **Disfagia: diretrizes e cascatas mundiais** [em linha]. USA. 2014. [Consultado a 5 dezembro 2018]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-portuguese-2014.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Escala de GUSS

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

Name: _____

Date: _____

Time: _____

1. Preliminary Investigation /Indirect Swallowing Test

	YES	NO
Vigilance (<i>The patient must be alert for at least for 15 minutes</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Cough and/or throat clearing (<i>voluntary cough</i>) (<i>Patient should cough or clear his or her throat twice</i>)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Saliva Swallow:	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Swallowing successful		
• Drooling	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	
	1 - 4= Investigate further [†] 5= Continue with part 2	

2. Direct Swallowing Test (Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)

<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	SEMISOLID*	LIQUID**	SOLID ***
DEGLUTITION:			
▪ Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing delayed (> 2 sec.) (Solid textures > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
COUGH (involuntary): (<i>before, during or after swallowing – until 3 minutes later</i>)			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
VOICE CHANGE: (<i>listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“</i>)			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUM:	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further [†] 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further [†] 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further [†] 5= Normal
SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test) _____ (20)			

*	First administer ½ up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 th spoonful.
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid
†	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

GUSS-EVALUATION

RESULTS		SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20	Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> Normal Diet Regular Liquids (<u>First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!</u>)
15-19	Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> Dysphagia Diet (pureed and soft food) Liquids very slowly – one sip at a time Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) Refer to Speech and Language Therapist (SLT)
10-14	Semisolid swallow success successful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	<p>Dysphagia diet beginning with:</p> <ul style="list-style-type: none"> Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding. All liquids must be thickened! Pills must be crushed and mixed with thick liquid. No liquid medication! Further functional swallowing assessments (FEES, VFES) Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
0-9	Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> NPO (non per os = nothing by mouth) Further functional swallowing assessment (FEES, VFES) Refer to Speech and Language Therapist (SLT) <p><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>

fonte: Trapl [et al.], 2007

Anexo B –Autorização à Comissão de Ética do Hospital da Zona Norte

Comissão de Ética para a Saúde

25 de Outubro de 2018

Refª 133/2018

Relator:

Procedo.
J. J. L. L. L. L.
05/11/2018

Nada a opor.
A investigadora deverá entregar
o Relatório de Investigação ao
DE.
2018-10-21

Parecer emitido em reunião ordinária de 25 de outubro 2018

Nos termos dos Nº 1 e 6 do Artigo 16º da Lei Nº 21/2014, de 16 de Abril, a Comissão de Ética para a Saúde do I _____ emite o seguinte parecer em relação ao estudo "Avaliação da deglutição: intervenção do enfermeiro de reabilitação", de que é investigadora principal Sílvia da Conceição Ferreira Fernandes, enfermeira da UCIP I", e aluna do mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde, sob orientação da Profª Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e decorrerá nos Serviços de internamento da instituição.

A pertinência desta temática prende-se com a constatação da investigadora, enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), de lacunas na avaliação da deglutição, e de frequentemente os elementos que trabalham numa unidade considerarem a intervenção sobre a disfagia um processo adiável, e ainda a falta de uniformização das práticas de enfermagem nesta área.

A questão central e objetivo geral do estudo é contribuir para a uniformização da avaliação da deglutição. Tem os seguinte objetivos específicos:

Avaliar os conhecimentos e as práticas de intervenção de enfermagem, na avaliação da deglutição; Identificar os fatores dificultadores e potenciadores na avaliação da deglutição. O desenho é de carácter observacional, transversal analítico. A amostragem será intencional de forma a abarcar os 34 enfermeiros que exercem funções na UCIP do _____

Como critérios de exclusão constam do protocolo: Alunos de enfermagem em estágios curriculares na UCIP (licenciatura e Especialidade); enfermeiros a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

⊗ A investigadora é Carla Sofia Pimenta da Costa nº 4808.
Por isso foi concluído o redigir o parecer -
Brevi 8-Abril-2018 M.R.F.

Comissão de Ética para a Saúde

O método de recolha de dados utilizado será a observação e a entrevista semiestruturada. As medidas de confidencialidade, anonimato, o princípio da não maleficência e o consentimento livre e informado dos participantes serão fatores respeitados, assegurando a sua validade.

Será salvaguardado o anonimato pela não identificação nominal do participante, sendo aposto um código seriado, ao qual apenas os investigadores terão acesso.

Não são referidos conflitos de interesses. O cronograma prevê a conclusão do estudo em abril de 2019.

A Comissão de Ética e considera que o projeto reúne os critérios de boas práticas de investigação clínica e de salvaguarda da confidencialidade e proteção dos dados pessoais, tendo emitido parecer favorável para a sua realização.

O Presidente da CES

(Dr. _____)

Anexo C – Questionário de avaliação de satisfação da formação

I. Ação de Formação

Curso:		Data de início		Data de fim	
Módulo (quando aplicável):					

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:
1 - Discordo Totalmente * 2 - Discordo * 3 - Concordo * 4 - Concordo Totalmente

II. Avaliação Global	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram claros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conteúdos foram adequados aos objetivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os trabalhos, Exercícios e actividades foram suficientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A duração da ação / formação foi adequada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O relacionamento entre os participantes foi positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As instalações foram adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meios audiovisuais foram adequados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A documentação foi suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Avaliação do Impacto da Formação	1	2	3	4
1. Esta ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os conhecimentos adquiridos são uteis para o exercício das minhas funções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os conhecimentos adquiridos vão permitir melhorar o meu desempenho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os conhecimentos adquiridos permitiram contribuir para o meu desenvolvimento profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Avaliação dos Formadores

Coloque um X no nº que melhor corresponde à sua avaliação

Formadores:

1. O formador revelou dominar o assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A metodologia utilizada foi adequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição dos assuntos foi clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A relação estabelecida com os formandos foi positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Sugestões/Críticas

1. O que considerou mais útil na formação:	
2. Que temas gostaria de ver mais desenvolvidos:	
3. Sugestões de melhoria:	

VI. Grupo Profissional

Auxiliar <input type="checkbox"/>	Administrativo(a) <input type="checkbox"/>	Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Médico(a) <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>
Técnico(a) de Diagnóstico e Terapêutica <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior de Saúde <input type="checkbox"/>	Técnico(a) Superior <input type="checkbox"/>	Dirigente <input type="checkbox"/>	

Nome (facultativo):

Data:

APÊNDICES

Apêndice I – Função dos pares cranianos na deglutição

Nervos Cranianos	Função
Nervo Trigêmeo (V)	<p><u>Sensorial</u>: inervação da face, cavidade oral (parte anterior da língua, exceto as papilas gustativas, palato mole e dentes inferiores) e cavidade nasal.</p> <p><u>Motora</u>: inervação dos músculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - da mastigação (masséter, temporal pterigoideus interno e externo), que permitem fechar a mandíbula e fazer protusão; - milo-hioídeo, que permite puxar o osso hioídeo para cima e para a frente, elevando a base da língua e pressionando contra o palato; - digástrico anterior, que levanta e anterioriza o osso hioídeo; - tensor do véu do palato, mantém a tensão no palato mole, evitando que a comida passe da cavidade oral para a nasal. <p><u>Proprioceptiva</u>: inervação dos músculos da mastigação.</p>
Nervo facial (VII)	<p><u>Sensorial</u>: inervação das papilas gustativas (2/3 anteriores da língua);</p> <p><u>Parassimpática</u>: inervação das glândulas salivares submaxilares, sublinguais e glândulas lacrimais.</p> <p><u>Proprioceptiva e motora</u>: inervação dos músculos da face, que permite o encerramento dos lábios, a tonicidade das bochechas e cavidade oral e a expressão facial.</p>
Nervo Glossofaríngeo (IX)	<p><u>Sensorial</u>: sensibilidade e paladar no 1/3 posterior da língua; sensibilidade da pressão de dor da faringe.</p> <p><u>Motora e proprioceptiva</u>: inervação dos músculos estilofaríngeo, que eleva e anterioriza a laringe, auxiliando no relaxamento cricofaríngeo.</p> <p><u>Parassimpático</u>: enerva a glândula parótida.</p>
Nervo Vago (X)	<p><u>Sensorial</u>: sensibilidade na laringe, nervos laríngeos superiores e recorrente que transportam a informação do palato mole e paredes posteriores e inferiores da faringe.</p> <p><u>Motora</u>: inervação do músculo elevador do véu palatino, músculos da laringe e do palato mole (exceto o tensor).</p>

	<p>Responsável também pela adução das cordas vocais durante a deglutição e relaxamento cricofaríngeo.</p> <p><u>Parassimpático</u>: inervação das vísceras abdominais (afeta o sistema digestivo).</p>
Nervo acessório (XI)	<u>Motora</u> : inervação do músculo esterno-cleido-mastoideu, que permite o controlo do pescoço e cabeça.
Nervo Hipoglosso (XII)	<u>Motora</u> : inervação dos intrínsecos da língua

Fonte: Adaptado de Braga (2016); Ferreira (2018); Hoeman (2008)

Apêndice II – Causa mais comuns da disfagia

Disfagia orofaríngea mecânica	Defeitos na parede: fenda labial; fenda palatina; feridas laríngeas; feridas cirúrgicas
	Estreitamento intrínseco inflamatório: viral (herpes, citomegalovírus) ; bacteriano (abscesso periamigdalares); fúngico (candidíase); doenças mucocutâneas bolhosas; lesões químicas, causticas ou térmicas
	Estenoses: micrognatia congênitas; ingestão de cáustico; lesões por radiação.
	Tumores: benignos; malignos
	Compressão extrínseca: Abscesso retrofaríngeo; divertículos de Zenker; Distúrbios da Tireóide; Osteófitos Vertebrais
Disfagia orofaríngea Motora	Doenças do córtex e do tronco cerebral com alteração do estado de consciência: Demências; Doença Alzheimer; Encefalopatia metabólica; Meningite; AVC; Lesão cerebral
	Doenças do córtex e do tronco cerebral com funções cognitivas normais: Lesão cerebral; Paralisia Cerebral; Raiva; Tétano; Neurosífilis; Doença Parkinson; Esclerose Múltipla; Esclerose lateral amiotrófica; Poliomielite
	Doenças dos nervos cranianos: Meningite basilar; Lesão nervosa; Neuropatia (Síndrome Guillain- Barré, disautonomia, sarcoidose)
	Neuromusculares: Miastenia Gravis; Toxina Botulínica; Aminoglicosídeos e outros fármacos
	Distúrbios Musculares: Miosite; Miopatia Metabólica (Miopatia mitocondrial, miopatia tireóide); Miopatias primárias (distrofia miotônica, miopatia orofaríngea)

Fonte: Adaptado de Goyal (2009); WGO (2014)

Apêndice III – Posturas Compensatórias da Deglutição

Posição	Objetivo e Indicações
Cabeça em Flexão: baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido, e o queixo permaneça a um quarto da sua distância normal do tronco	Eficaz em doentes com atraso no reflexo de deglutição ou déficit na elevação laríngea. Impossibilita a acumulação de resíduos alimentares nestas estruturas; postura de eleição para doentes com déficit no encerramento das vias aéreas, promove a mobilidade da epiglote e um deslocamento da base da língua para a região posterior da faringe, funciona como proteção adicional das vias aéreas e favorecendo o deslocamento do bolo alimentar.
Extensão cervical: deslocar a cabeça lentamente no plano sagital no sentido posterior, durante a deglutição; suspender a respiração antes de realizar a extensão.	Postura eficaz em doentes com dificuldades no trânsito oral ou com alteração do controlo da língua, favorece a rápida deslocação do bolo alimentar na cavidade oral; está indicada apenas em doentes sem défices na compreensão ou na coordenação motora e que não apresentem alterações na proteção da via aérea.
Rotação cervical para o lado menos funcional: rodar a cabeça para o lado afetado	Postura útil para doente com disfunção faríngea e laríngea unilateral ou fraqueza unilateral das cordas vocais; O uso desta postura conduz à progressão do bolo alimentar pelo lado mais funcional da faringe, e proporciona um melhor fluxo do bolo alimentar e proteção das vias aéreas encerra a faringe do lado para o qual a cabeça está rodada.
Inclinação cervical para o lado mais funcional: inclinar a cabeça para o lado contralateral ao afetado	Indicada para doentes com fraqueza muscular unilateral oral e/ou faríngea, esta postura permite que o bolo alimentar progrida pelo lado mais funcional da cavidade oral e da faringe. Eficaz em doentes disártricos ou com hemiparesia da língua.
Rotação e flexão cervical: rodar a cabeça e baixar a cabeça até que o pescoço fique fletido e o queixo permaneça a $\frac{3}{4}$ da sua distância normal do tronco	Indicada em doentes que apresentem dificuldades no encerramento laríngeo; esta postura permite encaminhar o bolo alimentar e aumenta a proteção das vias aéreas.

<p>Rotação e extensão cervical: deslocar a cabeça lentamente no plano sagital e no sentido posterior efetuando rotação da cabeça em simultâneo</p>	<p>Esta postura faz progredir rapidamente o bolo alimentar pela cavidade oral, indicada para doentes que apresentem hipocinésia dos músculos da língua, diminuição do encerramento laríngeo e atrofia unilateral da laringe.</p>
<p>Decúbito lateral com cabeça apoiada: posicionar a pessoa em decúbito lateral para o lado mais funcional e com a cabeça apoiada numa almofada; elevar a cabeceira num ângulo superior a 30 graus</p>	<p>Útil em doentes cuja contração dos músculos da faringe é ineficaz, evitando a acumulação de resíduos alimentares nas vias aéreas superiores após a deglutição; permite que os resíduos alimentares permaneçam na parede lateral da mesma após a primeira deglutição e, com as deglutições seguintes, o doente possa mobilizar eficazmente esses resíduos, evitando a sua deslocação para as vias aéreas.</p>

Fonte: Adaptado de Hoeman (2011); Logemann (2008)

Apêndice IV – Manobras de Deglutição

Técnicas	Descrição	Objetivos/benefícios
Manobras de Mendelsohn	<p>Consiste na elevação da laringe no momento da deglutição, aumentando a abertura do esfíncter esofágico superior, favorecendo a elevação laríngea durante a deglutição.</p> <p>O doente é instruído a colocar uma mão sobre a laringe e sentir a sua elevação, quando a laringe atinge a sua posição mais elevada, o doente é incentivado a manter esta posição por 3 segundos e depois deixá-la regressar à sua posição inicial. Esta manobra deverá ser praticada sem alimentos e, posteriormente, quando o doente dominar a técnica, poderá treiná-la com alimentos.</p>	<p>Favorece a elevação da laringe durante a deglutição; Prolonga o encerramento da passagem de ar;</p> <p>Indicado para doentes com diminuição da elevação da laringe e distúrbios na abertura do esfíncter cricofaríngeo.</p>
Deglutição supraglótica	<p>Através de movimentos sequenciais de expiração profunda - sustentação de respiração - apneia - introdução do alimento - ingestão com respiração suspensa - tosse - respiração, protege-se a via aérea inferior, maximizando o encerramento das pregas vocais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De forma indireta (sem alimento): pedir inspirar e sustentar a respiração; deglutir; tossir após deglutição, para limpeza da via aérea; retomar a respiração; ○ De forma direta (com o alimento o mesmo processo). 	<p>Protege a via aérea inferior, maximizando o encerramento das pregas vocais e assegura o encerramento voluntário da glote;</p> <p>Indicado para doentes com compromisso na fase faríngea ou compromisso do encerramento das cordas vocais.</p>

Deglutição em esforço	<p>Instruir ao doente para realizar força durante a deglutição com o bolo alimentar, com contração dos músculos enquanto deglute.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ De forma indireta (sem alimento): pedir ao doente para deglutir a saliva com força como se “engolisse um comprimido sem água.” ○ Direta (com alimento): fornecer ao doente o volume e consistência recomendada e pedir ao doente para deglutir com força como se “engolisse um comprimido sem água.” 	<p>Intensifica a propulsão oral, maximizando a deglutição funcional; melhora a fraqueza da base da língua; protege as vias aéreas.</p> <p>Indicado para doente com sialorreia e hipocinésia posterior da língua.</p>
------------------------------	---	--

Fonte: Adaptado de Hoeman (2011); Silva (2007)

Apêndice V – Guião da entrevista

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

GUIÃO DA ENTREVISTA

Entrevista nº _____

data ____/____/____

I PARTE

ACOLHIMENTO

Objetivo: informar o entrevistado

- Identificação do investigador;
- Informar acerca do tema e objetivos do trabalho;
- Garantir a confidencialidade e o anonimato;
- Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver uma investigação sobre a “Avaliação de Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação”, orientado pela Professora Doutora Salomé Ferreira.

Neste sentido solicito a sua colaboração nesta entrevista, pois permitirá um melhor conhecimento do fenómeno em estudo. Tem como objetivos específicos: caracterizar socio-demograficamente a amostra; avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a deglutição; identificar os fatores dificultadores e potenciadores na avaliação da deglutição; conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da UCIP perante a pessoa com Disfagia. A sua colaboração será fundamental uma vez que a finalidade deste estudo é contribuir para a uniformização das práticas dos Enfermeiros, na avaliação da deglutição, fomentando o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e com risco de disfagia.

A participação no estudo tem um carácter voluntário, ou seja, tem liberdade para decidir se quer ou não participar no estudo. Pode recusar ou suspender a sua cooperação em qualquer situação da sua realização, não havendo nenhuma forma de penalização por este facto e será garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

A recolha de dados será efetuada através de uma entrevista semiestruturada, onde esta será gravada e toda a informação recolhida destina-se exclusivamente ao estudo, sendo que os dados serão estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados. Se desejar, pode no final do estudo ter acesso aos resultados do mesmo, que lhe serão cedidos por mim, enquanto investigadora principal.

PARTE II:

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Objetivo: Caracterizar o entrevistado

1. Qual a sua idade? ____ anos

2. Género:

Masculino____ Feminino____

3. Experiência Profissional:

0-5 anos____ 6-10 anos____ 11-15 anos____ 16-20 anos____ Mais de 20 anos

4. Experiência Profissional na UCIP:

0-5 anos__ 6-10 anos__ 11-15 anos__ 16-20 anos__ Mais de 20 anos__

5. Possui alguma Especialização/Pós-graduação?

Sim__ Não__

Se sim, especifique qual:_____

6. Alguma vez fez formação sobre deglutição, estratégias de avaliação da mesma?

Sim____ Não____ Se sim, especifique em que contexto:

PARTE III

OBJETIVOS/QUESTÕES ORIENTADORAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES ORIENTADORAS
Conhecer as práticas de intervenção de enfermagem, na avaliação da deglutição	1. Que estratégias utiliza para avaliar a deglutição ao doente internado na UCIP?
Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a deglutição	2. Na sua opinião, acha que seria importante formação na área da deglutição? a. (se sim) Concretamente em que área (métodos de avaliação, tipo de disfagias, intervenção específica no doente com disfagia)?
Identificar os fatores dificultadores e potenciadores na avaliação da deglutição	3. Quando avalia a capacidade de deglutição de um doente que fatores facilitam a sua avaliação? 4. Sente dificuldade na avaliação da mesma? a. Que tipo de dificuldades?

Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros da UCIP perante a pessoa com disfagia	5. Perante a pessoa com disfagia qual a sua atuação ou que estratégias utiliza?
--	---

PARTE IV

FECHO DA ENTREVISTA

- Agradecer a colaboração do entrevistado e referir a importância da sua participação no estudo;
- Resumir os aspetos essenciais abordados durante a entrevista;
- Dar a oportunidade ao entrevistado de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista.

Obrigada pela sua colaboração

Apêndice VI – Grelha de Observação

OBSERVAÇÃO nº _____

data __/__/__

1ª parte

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO				
Pré-Avaliação/ avaliação Indireta	SIM	NÃO	N.A	Obs.
O enfermeiro senta o doente sentado (ou elevação da cabeceira entre 45° a 90°)				
O Enfermeiro certifica-se que o doente tem Controlo da cabeça e pescoço na posição de sentado				
O Enfermeiro avalia o Padrão respiratório e tosse eficaz*				
O Enfermeiro certifica-se do nível de vigília (doente consciente e acordado pelo menos 15 minutos consecutivos)				
O Enfermeiro avalia a presença de assimetria facial: paresia /paralisia facial, desvio da comissura labial				
O Enfermeiro avalia o estado da boca: observar mucosa oral, gengivas, língua, dentição completa ou incompleta**				
O Enfermeiro avalia a capacidade que o doente tem para de fechar o lábio e controlo salivar; Movimentos da língua				

2ª parte

AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO				
Avaliação Direta	SIM	NÃO	NA	Obs.
O Enfermeiro faz o teste com água bidestilada ou água engarrafada				
O Enfermeiro faz uso de espessante alimentar (até obter as consistências de néctar; pastoso)				

O Enfermeiro faz a avaliação por um volume menor e vai aumentando a quantidade administrada (5ml, 10ml e 20 ml)				
O Enfermeiro administra o preparado ao doente com ajuda de uma colher				
O Enfermeiro coloca o doente em ligeira flexão do pescoço***				
O Enfermeiro repete o procedimento três vezes.				

NA- Não aplicável

Obs. - Observações

*doente dispneico, com acessos de tosse frequentes, secreções abundantes, e tosse ineficaz não deve ser realizado o teste de avaliação da deglutição;

** Se o utente usar prótese dentária deve verificar se esta se encontra ajustada e realizar o teste com a prótese corretamente colocada

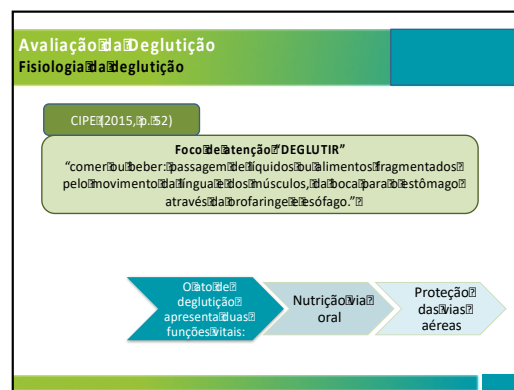
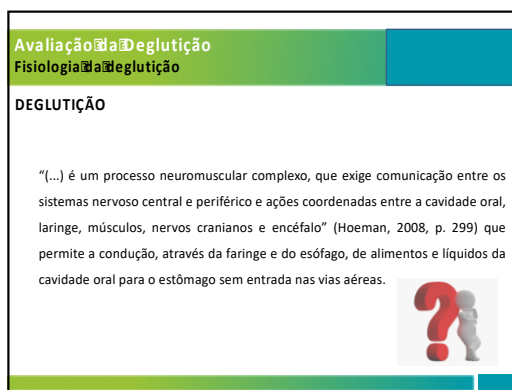
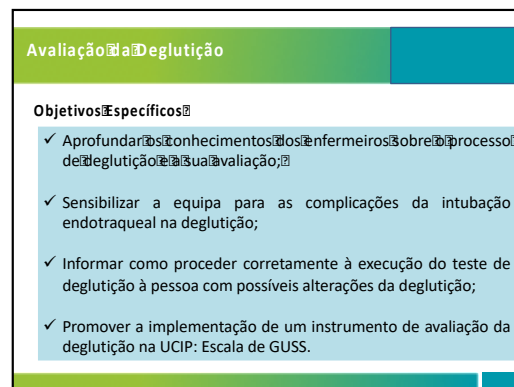
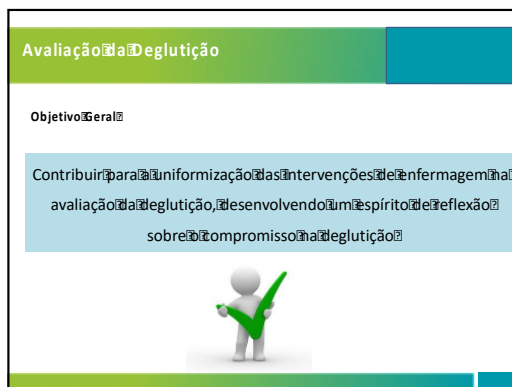
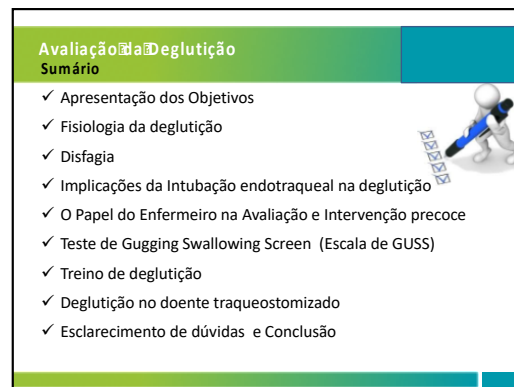
*** poderá colocar o dedo indicador e o dedo médio no pescoço do utente, a nível da laringe para sentir o doente a deglutir

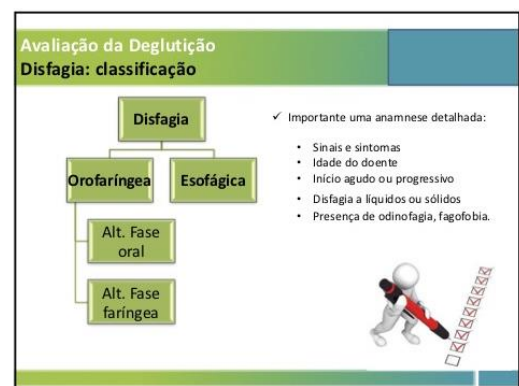
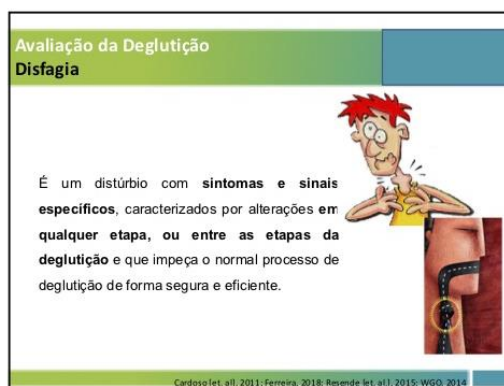
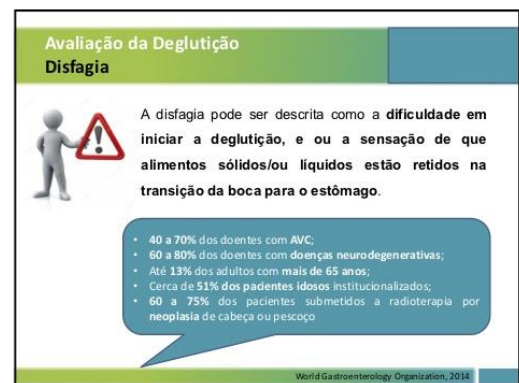
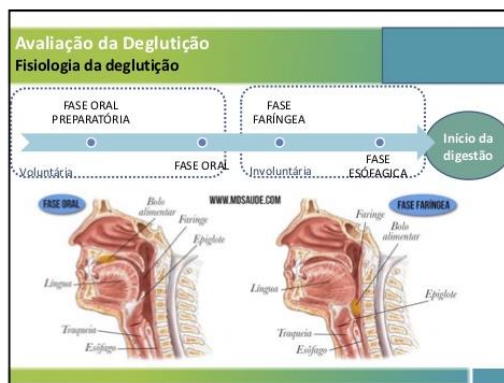
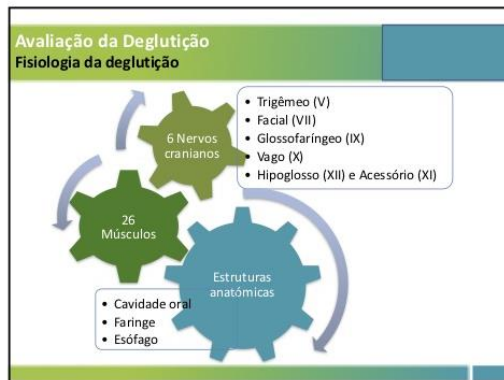
Apêndice VII – Regras das Categorias

Categoria	Regra aplicada
Avaliação do estado de consciência	Inferir o nível de vigília do doente, com recurso instrumento de avaliação estruturado, por exemplo Escala de Coma de Glasgow
Avaliação da capacidade de deglutir a saliva	Apreciação da capacidade do doente engolir eficazmente a saliva
Avaliação do Padrão Respiratório	Caracterizar a respiração quanto ao tipo de respiração, ritmo, e frequência
Adequar a consistência do bolo alimentar	Modificar a densidade do alimento/líquido oferecido ao doente, tornando-o mais líquido ou mais espesso
Administrar pequenas quantidades	Oferecer ao doente quantidades reduzidas de alimento/líquido, entre 5 ml a 10ml
Posicionamento do doente	Colocar o doente em posição favorável à deglutição, semi-sentado, com elevação da cabeceira, alinhamento da cabeça e pescoço
Anatomia e Fisiologia da Deglutição	Estudo das diferentes estruturas envolvem a deglutição, a relação entre elas e funcionamento das mesmas
Avaliação da deglutição e risco de disfagia	Procedimento de avaliação clínica da deglutição e determinação do risco de complicações como a aspiração
Tipos de disfagias	Estratificação e classificação dos diferentes transtornos de deglutição
Abordagem ao doente com disfagia	Modo como o enfermeiro atua e lida com o doente que apresenta perturbações na função da deglutição
Formação na área da deglutição	Aprendizagens realizadas pelo enfermeiro na área da deglutição, que acrescentam conhecimento na área
Experiência profissional	Aprendizagem prática realizada pelo enfermeiro de forma a aplicar os conhecimentos teóricos, repetidas vezes, até consolidação da forma de atuação

Existência de protocolo, com utilização de escala de avaliação	Uniformidade de atuação, com recurso a instrumentos de avaliação estruturados
Presença do EEER	Existência de enfermeiro especialista com conhecimentos e capacidades específicas na área, diariamente no serviço
Inexperiência profissional	Falta de aprendizagem prática realizada pelos enfermeiros de forma a aplicar os conhecimentos teóricos, repetidas vezes, até consolidação da forma de atuação
Falta de formação permanente na área da deglutição	Falta de aprendizagens realizadas pelos enfermeiros na área da deglutição, que acrescentam conhecimento na área
Não uniformização das práticas	Não conformidade de atuação mesma área de intervenção
Opção pela alimentação entérica (SNG) via	Decisão de manter o suporte nutricional através de uma sonda de alimentação
Colaboração do EEER	Solicitar a participação do enfermeiro especialista com conhecimentos e capacidades específicas na área
Referenciação especializada (terapeuta da fala)	Encaminhar o doente para avaliação, de profissional especialista em perturbações ao nível da fala, linguagem, função auditiva, visual, cognitiva, oro-muscular, respiratória, deglutição e voz.

Apêndice VIII – Ação de formação





Avaliação da Deglutição
Disfagia

Origem da Disfagia

Mecânica: defeitos da parede congênitos (fenda palatina); estreitamentos intrínsecos (lesões inflamatórias); tumores cabeça e pescoço; compressão extrínseca (Abscesso retrofaringeo; Distúrbios da Tireóide)

Motora: Doenças do córtex e do tronco cerebral: Demências; Doença Alzheimer; AVC; Lesão cerebral; Paralisia Cerebral; Doença Parkinson; Esclerose Múltipla; Esclerose lateral amiotrófica.

Doenças dos nervos cranianos: Meningite basilar; Neuropatia (Síndrome Guillain- Barré).

Neuromusculares: Miastenia Gravis.

Psicogénica: distúrbios psiquiátricos; fagofobia

Adaptado de Goyal (2009); WGO (2014)

Avaliação da Deglutição
Disfagia: Orofaringea

Os **sinais de alerta/ sintomas de disfagia**, podem manifestar-se durante e entre as refeições:

- Dificuldade em iniciar a deglutição;
- Aumento do tempo de alimentação e mastigação; resíduos alimentares na boca após a deglutição;
- Deglutições repetidas;
- Tosse ou sensação de engasgar;
- Alteração da qualidade da voz (voz "húmida"), mudanças nos sons respiratórios (respiração ruidosa, gorgolejo, pleira);
- Sialorreia, aumento das secreções;
- Excessiva movimentação da língua, fraco controlo da mesma;
- Falta de controlo e equilíbrio tronco e cabeça.


Aspiração Silenciosa
25% a 30% das pessoas com disfagia

Braga, 2016; WGO, 2014; White [et. al.]; 2008

Avaliação da Deglutição
Disfagia: Esofágica

Na disfagia esofágica, há **dificuldade de movimentação dos alimentos através do esófago**, com provável compromisso provável no esófago distal.

- queixas de dor torácica após a deglutição;
- Halitose;
- Disfagia igual para líquidos e sólidos geralmente reflete dismotilidade esofágica, ou acalasia (associada a regurgitação noturna; necessidade de movimentar-se ou beber líquidos para facilitar a passagem dos alimentos);
- Disfagia apenas para os sólidos sugere obstrução mecânica, com estenose a nível esofágico.



Adaptado de Goyal (2009); WGO (2014)

Avaliação da Deglutição
Disfagia

Indivíduos disfágicos

- Esperança média de vida;
- Taxa de sobrevivência de pessoas com doenças que cursam com alterações da deglutição;
- Doentes críticos (prematuros e idosos)

Fatores de risco


- Idade avançada;
- Internamento hospitalar;
- Institucionalização;
- Redução da função* cognitiva;
- Alimentação por sonda;
- Deficiências neuromusculares;
- AVC;
- Prevalência de doenças associadas;
- Polimedicção.

Atenção!

Paiva, Xavier e Farias, 2013; Park [et. al.], 2013; Roy [et al.], 2007; Santoro (2008)

Avaliação da Deglutição
Disfagia: complicações/repercussões

- ☐ Maior risco de desnutrição e desidratação;
- ☐ Emagrecimento
- ☐ Aspiração e Pneumonias de aspiração;
- ☐ Aumento do tempo de internamento hospitalar (estima-se que 15 a 18% das pneumonias hospitalares, são por aspiração podendo aumentar o tempo de internamento em média de 7 a 9 dias por doente);
- ☐ Septicemia e Morte;
- ☐ Medo e Ansiedade;
- ☐ Depressão e isolamento.



André e Rosso, 2008; Cardoso [et. al.], 2011; Ferreira, 2018; Marques, Santoro, 2008; WGO, 2014

Avaliação da Deglutição
Disfagia: complicações/repercussões



André e Rosso, 2008; Cardoso [et. al.], 2011; Ferreira, 2018; Marques, Santoro, 2008; WGO, 2014

Avaliação da Deglutição
Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição


- ✓ As vias aéreas artificiais e a ventilação mecânica **aumentam o risco de lesões nas vias aéreas superiores**, que por sua vez afetam a mecânica das mesmas, a aerodinâmica e os reflexos de proteção.



- ✓ **Alta incidência de disfagia após a extubação** (até 83%, diversidade da população estudada e dos critérios de diagnósticos utilizados);
- ✓ A **intubação prolongada** pode ser um preditor independente de disfagia (**tempo intubação > 48h**);

Ajemian [et. al.], 2001; Johnson [et. al.], 2018

Avaliação da Deglutição
Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição



- ✓ A etiologia da disfagia após a ventilação mecânica invasiva não é totalmente conhecida, porém é considerada **multifatorial**;
- ✓ Alterações da deglutição após extubação endotraqueal podem **agravar ainda mais o estado crítico do doente** (aspiração aumenta 3x o risco de mortalidade)

Ajemian [et. al.], 2001; Johnson [et. al.], 2018; Skoretz, Flowers e Martinho (2010)

Avaliação da Deglutição
Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição

Potenciais mecanismos de alteração da deglutição pós extubação

- Trauma orofaríngeo e laringe
- Fraqueza muscular
- Alteração da sensibilidade da orofaringe e laringe
- Aumento do refluxo gastro-esofágico
- Alteração do estado de consciência
- Dessincronização respiração/deglutição

Adaptado de Goldsmith, 2000; Macht [et. al.], 2013

Avaliação da Deglutição
Implicações da Intubação endotraqueal na deglutição

➤ **DISFAGIA: aumento de custos financeiros**

- aumento do tempo de internamento em UCI;
- custos médicos adicionais relacionados à necessidade de antibioterapia, exames auxiliares de diagnóstico.




Johnson [et. al.] (2018) estima um custo anual de mais 500 milhões de dólares à disfagia pós extubação endotraqueal, nos EUA.

Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Pertinência do rastreio da disfagia

- ✓ O enfermeiro desempenha um papel importante na monitorização e observação do doente – 24h junto ao doente!!
- ✓ Responsável pela supervisão das refeições dos doentes internados, definidas no domínio da Prestação e Gestão dos Cuidados (Regulamento nº 190/2015);
- ✓ O reconhecimento precoce da disfagia, permite **SINALIZAR** o doente, adotar estratégias, alterar intervenções, modificar dietas, implementar um programa terapêutico.



Prevenção de complicações associadas à disfagia

Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Pertinência do rastreio da disfagia

- ✓ Padovani [et al] (2007) expõe que uma boa **avaliação da disfagia deve incluir testes** que diagnostiquem alterações nas funções orais.
- ✓ Estes **testes devem ser breves, não invasivos**, apresentar **baixo risco para o paciente** e possíveis de realizar à cabeceira do doente, mas capazes de identificar os pacientes com de risco de disfagia.
- ✓ Estudos realizados por Sorensen (2013), confirmam imagiologicamente que a incidência de pneumonia foi **4 vezes INFERIOR** em doentes a quem se aplicou a escala de GUSS e se intensificou higiene oral.

Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Pertinência do rastreio da disfagia

UCIP


- ✓ Subjetividade na avaliação da deglutição;
- ✓ Presença do Enf. De Reabilitação apenas nas manhãs semana;
- ✓ Perceber o timing "certo";
- ✓ Dificuldade quando o doente inicia alimentação;
- ✓ Desconhecimento do protocolo;
- ✓ Planificação de cuidados e dieta;
- ✓ Necessidade de referênciação.



Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Doente com risco de deglutição comprometida: ABORDAGEM CLÍNICA

1. **Identificação** precoce de doentes em risco de aspiração;
2. **Avaliação** de alterações nos eventos biomecânicos da deglutição;
3. **Tratamento e prevenção de complicações** associadas à disfagia.




Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Como avaliar a Capacidade de Deglutição?

Avaliação clínica não invasiva → Avaliação clínica instrumentada

- Videoflúscopia
- Videoesndoscopia



Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Avaliação clínica não invasiva → **Exame físico Avaliação funcional**
Teste de ingestão oral/testes rastreio

- Idade
- Condição física
- História alimentar
- Nível de consciência
- Características da respiração
- Presença sialorreia
- Avaliação reflexo tosse
- Identificação sinais/sintomas alerta
- Qualidade da voz
- Controlo cervical e cabeça;
- AVALIAÇÃO da Simetria, mobilidade e sensibilidade das diferentes estruturas da cavidade oral e faríngea;
- Oximetria de pulso e a auscultação cervical??!!

Diagnóstico provável em mais de 80% dos doentes (Goyal, 2009).

Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

Avaliação clínica não invasiva → **Exame físico Avaliação funcional**
Teste de ingestão oral/testes rastreio

Os testes de rastreio ou "exame de cabeça", visam:

- Estabelecer se a disfagia está presente ou não;
- Avaliar a gravidade
- Determinar as alterações que provocam;
- Planear a reabilitação;
- Testar o resultado do tratamento.

RESEARCH BYTES
Nursing Bedside Dysphagia Screen: Is It Valid?
Wells-Jones, 2010

ABSTRACT
Dysphagia Screening and Intensified Oral Hygiene Reduce Pneumonia After Stroke
Miller Day, Swenson, Rose, Wingard, Ramones, Kuster, Chiquet, And Luchs,
2010


ABSTRACT
Nursing Interventions for Identifying and Managing Acute Dysphagia are Effective for Improving Patient Outcomes: A Systematic Review Update
Bates, 2016

Avaliação da Deglutição
O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

A nível mundial **NÃO HÁ** consenso absoluto sobre o instrumento que deve ser utilizado para o despiste do compromisso da deglutição e sobre quem deve desenvolver tal intervenção.

Também não existe unanimidade relativamente à consistência e volume de alimentos que devem ser oferecidos aos doentes ao longo da avaliação da deglutição.

- ✓ Não utilizar alimentos na avaliação da deglutição;
- ✓ Manter um ambiente calmo e sem distrações;
- ✓ Explicar o procedimento à pessoa;
- ✓ Posicionamento do doente (elevação cabeça/sentado)




Braga, 2016

Avaliação da Deglutição

O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção precoce

TESTES DE RASTREIO


- Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Trapl M [et al.], 2007) Utilizada no
- Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) (Martino [et al.], 2008)
- Eating Assessment Tool (EAT-10) (Belafsky [et al.], 2008)
- Functional Oral Intake Scale (FOIS) (Crary [et al.], 2005)
- The Volume-Viscosity Swallow Test (V-VST) (Clavé [et al.], 2008)



Avaliação da Deglutição

Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)

- Fácil e rápida aplicação;
- Contribui para obtenção de resultados fiáveis;
- Uniformiza procedimentos de avaliação;
- Avalia grau de disfagia, risco de aspiração e recomenda o tipo de dieta;
- Aplicação reproduzíveis entre profissionais com a mesma ou diferentes especializações;
- Utilização de diferentes consistências na avaliação da capacidade de deglutição, que se aproximam dos hábitos alimentares do quotidiano.



Avaliação da Deglutição

Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)


ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)
RESEARCH PAPER (ORIGINAL)

Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português
The Gugging Swallowing Screen: A contribution to the cultural and linguistic validation for the Portuguese context
Gugging Swallowing Screen: contribución a la validación cultural y lingüística para el contexto portugués

Obesillas Maria do Sílvia Ferreira¹, Lúcia Pinheiro², José Margarida Simões³, Anabela Maria Brito Cruz⁴, Jorge Manuel Franco Marques⁵, Maria Goretti Michelini dos Reis⁶

✓ A versão portuguesa da Escala de GUSS tem propriedades psicométricas excelentes, constituindo um bom e fiável instrumento no despiste da disfagia

✓ Excelente concordância entre observadores (índice de concordância 0,905 e 0,896), entre avaliações de enfermeiro de reabilitação e enfermeiro de cuidados gerais.



Avaliação da Deglutição

Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)

Avaliação INDIRETA

- ESTADO DE CONSCIÊNCIA
- TOSSE
- DEGLUTIÇÃO DE SALIVA

1. AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO

1.1. Estado de alerta (o paciente consegue manter estado de alerta pelo menos durante 15 minutos)

1.2. Tosse após engolir (o paciente deve ser capaz de tossir ou pigmear voluntariamente duas vezes)

1.3. Deglutição de saliva:

- Deglutição eficaz
- Salivares
- Alteração vocal (invasão, "voz molhada", voz rouca, fraca)

	Sim	Não
1.1. Estado de alerta	01	01
1.2. Tosse após engolir	01	01
1.3. Deglutição de saliva:		
• Deglutição eficaz	01	01
• Salivares	01	01
• Alteração vocal	01	01
TOTAL:	(5)	(5)

1-4: Avaliação indireta
5: Avaliar 20 vezes

Avaliação da Deglutição

Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)

MATERIAL:

- Água engarrafada ou bidestilada
- Espressante
- Copo plástico
- Colher plástico
- Pão

Espressante (seguir sempre as instruções do fabricante):

- 1 medida/100ml – néctar
- 2 medidas/100ml – mel
- 3 medidas/100 – pudim




Avaliação da Deglutição

Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)

2. AVALIAÇÃO DIRETA DA DEGLUTIÇÃO (material: copo com 10ml de água, colher de chá, 1 colher medida/100 de repastante alimentar e pão ou bolacha)

2.1. Falso engulir o copo

2.2. Deglutição:

- Impossibilidade de deglutição
- Atraso no reflexo de deglutição
- 2-3 segundos (consistência sólida > 10 segundos)
- Deglutição eficaz

2.3. Tosse (pendente/forte) (antes, durante ou depois de deglutição – até 3 minutos depois/terceira de tosse (pigmeo))

2.4. Salivares:

- Sim
- Não

2.5. Alteração vocal (cansa e voz antes e depois de deglutição. Não se paciente para produzir o som de prolongado)

- Sim
- Não

	1 →	2 →	3 →
	SÓLIDO*	LÍQUIDO**	SÓLIDO***
2.1. Falso engulir o copo	01	01	01
2.2. Deglutição:			
• Impossibilidade de deglutição	01	01	01
• Atraso no reflexo de deglutição	01	01	01
• 2-3 segundos (consistência sólida > 10 segundos)	01	01	01
• Deglutição eficaz	01	01	01
2.3. Tosse (pendente/forte)	01	01	01
• Sim	01	01	01
• Não	01	01	01
2.4. Salivares:			
• Sim	01	01	01
• Não	01	01	01
2.5. Alteração vocal			
• Sim	01	01	01
• Não	01	01	01
TOTAL:	(5)	(5)	(5)

1-4: Avaliação indireta
5: Avaliar 20 vezes

* Consistência mel; ** água; ***pão seco

REPETIR 3ml; 5ml; 10ml; 20ml; 50ml

Avaliação da Deglutição		
Teste de Gugging Swallowing Screen (Escala de GUSS)		
RESULTADOS	GRAU DE DISFAGIA	RECOMENDAÇÕES
20	- Consistência semi-sólida, líquida e sólida sem alterações	- Dieta normal; - Ingestão normal de líquidos (principalmente sob supervisão do Terapeuta da Fala ou Enfermeiro);
15-19	- Consistência semi-sólida e líquida sem alterações; - Consistência sólida com alterações	- Dieta com consistência purê; - Ingestão de líquidos deve ser lenta – pouca quantidade de cada vez; - Avaliar funcionalmente a deglutição com endoscopia fibroscópica da deglutição ou videofluoroscopia da deglutição; - Encaminhar para MFR/Terapia da Fala.
10-14	- Consistência semi-sólida sem alterações; - Consistência líquida com alterações	- Dieta deve iniciar-se com: • Consistência semi-sólida e a alimentação restante tem que ser administrada por via parentérica; • Todos os líquidos devem ser espessados; • Os comprimidos, caso possam, devem ser triturados e misturados em água espessa; • Não fazer mastigação líquida, se possível; • Avaliar funcionalmente a deglutição (FES; VRES); • Encaminhar para MFR/Terapia da Fala.
0-9	- Avaliação da deglutição estritamente alterada ou; - Deglutição da consistência semi-sólida alterada	- Suplementar com via nasogástrica parentérica; • NPO (nem por os + nada por via oral); • Avaliar funcionalmente a deglutição (FES; VRES); • Encaminhar para MFR/Terapia da Fala.
REPETIR a cada 48h, para resultados inferiores a 20; E sempre que haja alteração clínica do doente		

Avaliação da Deglutição

Treino de Deglutição

O objetivo do tratamento da disfagia orofaríngea “é melhorar a passagem de alimentos e bebidas e evitar a aspiração” (WGO, 2014)

1. Reabilitação e reeducação da deglutição:

- Posturas e técnicas compensatórias da deglutição;
- Manobras de deglutição;
- Exercícios terapêuticos;
- Estimulação sensório-motor;
- Treino da deglutição com especialista em distúrbios da deglutição;

2. Modificações nutricionais e dietéticas

3. Apoio nutricional alternativo:

- Alimentação entérica e parentérica

MFR/TERAPIA DA FALA

Avaliação da Deglutição

Treino de Deglutição

2. Modificações nutricionais e dietéticas

- ✓ Consistências mais espessas melhoram o timing entre a fase oral e a fase faríngea;
- ✓ Um bolo alimentar mais coeso diminui o risco de aspiração;
- ✓ A consistência MEL é a mais eficaz na prevenção da aspiração;

EVITAR:

- Leite e derivados (índice bacteriano);
- Alimentos com duas consistências (cevada com bolachas ou pão);
- Alimentos que liquidifiquem rapidamente (certas gelatinas)

PASTOSA HOMOGÊNEA

Avaliação da Deglutição

Treino de Deglutição

3. Apoio nutricional alternativo

- ✓ A reabilitação do doente com deglutição comprometida é um **processo demorado** e que pode conduzir à fadiga do doente.
- ✓ Manter a **segurança da ingestão via oral**: SNG (menor calibre), enquanto a alimentação oral não for segura ou os doentes requeiram tempo adicional e manobras complexas.
- ✓ O treino de deglutição deve ser mantido com a ingestão de pequenas quantidades, mantendo o **reforço nutricional e hídrico via SNG**.

Avaliação da Deglutição

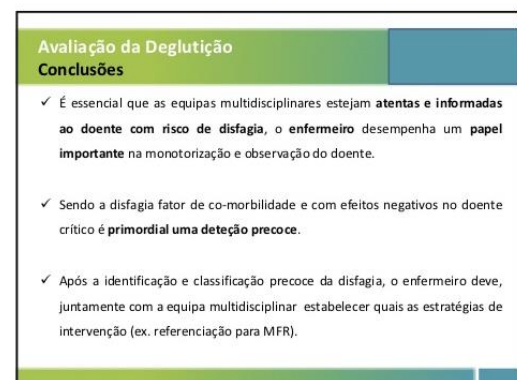
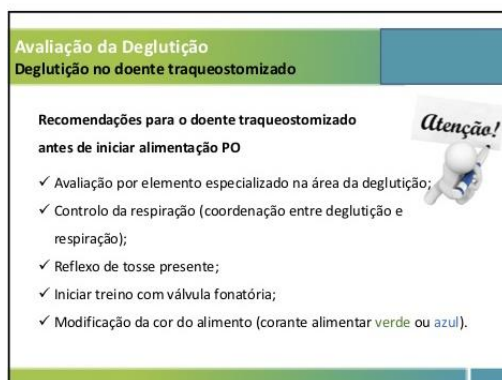
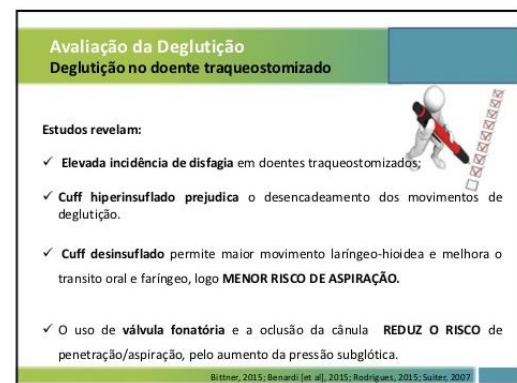
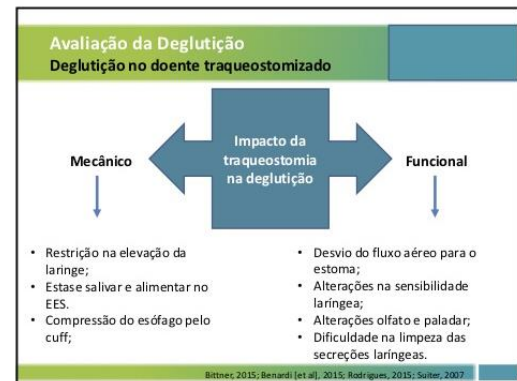
Treino de Deglutição

- ✓ Evitar distrações durante as refeições;
- ✓ Permitir tempo extra para a alimentação;
- ✓ Consciencializar o doente que vai comer/beber (oral-preparatória);
- ✓ **NÃO UTILIZAR SERINGAS DE GAVAGEM** para alimentar;
- ✓ Nunca deixa a pessoa com alteração da deglutição a alimentar-se sozinha;
- ✓ Posicionamento sentado; elevação da cabeça durante e após a refeição (30 a 45min), **ATENÇÃO POSICIONAMENTO da CABEÇA**;
- ✓ Monitorizar **SINAIS DE ASPIRAÇÃO** durante e após as refeições;
- ✓ Verificar a presença de resíduos alimentares na cavidade oral, após a refeição;
- ✓ Atenção a alimentos com 2 consistências;
- ✓ Talheres/copos adaptados;
- ✓ Boa **HIGIENE ORAL**.

Avaliação da Deglutição

Deglutição no doente traqueostomizado

Traqueostomias ou Ostomia ventilação





Apêndice IX – Proposta do procedimento de Avaliação de Deglutição

SIMBOLO DO HOSPITAL	PROCEDIMENTO	
IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO: AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO		
Âmbito: UCIP HOSP. XX		

1. OBJETIVO

Uniformizar os critérios de atuação na execução da avaliação deglutição em doentes internados na UCIP.

2. ÂMBITO

Este documento aplica-se a todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

3. RESPONSABILIDADES

Compete ao Enfermeiro Chefe da UCIP a implementação deste procedimento

4. REFERÊNCIAS E DEFINIÇÕES

Deglutição: “comer ou beber: passagem de líquidos ou alimentos fragmentados pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE 2015, p.52)

Disfagia – alteração da deglutição, que se caracteriza pela dificuldade na preparação oral da deglutição ou no ato de levar o alimento ou a saliva, da boca até ao estômago. Engloba assim qualquer alteração quer ocorra ao iniciar, coordenar e/ou manter o processo de deglutição, e que impeça o normal processo de deglutição de forma segura e eficiente (WGO, 2014).

Disfagia Orofaríngea – refere-se ao compromisso da deglutição na fase oral e/ou faríngeo, e que dificulta a preparação dos alimentos líquidos/sólidos na cavidade oral, e/ou a

progressão do bolo alimentar da cavidade oral para o esófago. Pode manifestar-se pela dificuldade na progressão do bolo alimentar, situações de engasgamento frequente e dificuldade em engolir certos tipos de alimentos

Escala avaliação da deglutição – Escala de Guss (Gugging Swallowing Screen)

Treino de Deglutição – Capacitação da pessoa para a deglutição e prevenção de complicações relacionadas com o foco deglutição.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

a) Responsável pela execução

Enfermeiro e Enfermeiro de Reabilitação

b) Indicação

A avaliação da deglutição deverá ser efetuada:

- ✓ Todos os doentes com indicação para iniciar alimentação via oral e com diagnóstico de deglutição alterada/comprometida, exceto doentes com entubação endotraqueal e traqueotomia/ traqueostomia;
- ✓ Repetir a avaliação de 48/48h, nos doentes que apresentem disfagia, e sempre que exista uma alteração da condição clínica do doente.

c) Material necessário

- ✓ Água engarrafada ou água bidestilada, colher de plástico, espessante alimentar e pão.

d) Execução/orientação

- ✓ Identificar o doente;
- ✓ Explicar o procedimento ao doente;
- ✓ Consciencializar o doente para a tarefa, para se poder treinar o sistema sensório motor oro-faríngeo;
- ✓ Providenciar ambiente seguro (remover distrações, e providenciar privacidade);
- ✓ Colocar o doente com elevação de cabeceira até 30º, ou sentado mediante situação clínica;
- ✓ Avaliar a deglutição através da Escala de GUSS (Gugging Swallowing Screen).

A escala é composta por duas partes:

1ª parte: avaliação indireta da deglutição. Os critérios de avaliação são:

- Estado de Vigília;

- Tosse voluntária;
 - Deglutição seletiva;
 - Sialorreia;
 - Alteração da qualidade da voz
- ✓ Só avança para a 2ª parte, avaliação direta da deglutição, se não apresentar alteração na avaliação indireta (pontuação igual a 5).

2ª parte: avaliação direta da deglutição. Os critérios de avaliação são:

- Deglutição;
- Tosse involuntária;
- Sialorreia;
- Alteração da qualidade da voz.

A 2ª parte é constituída por 3 sub testes realizados de forma sequencial, onde em cada avaliação é aplicada um sistema de pontos, começando com textura pastosa (tipo pudim), de seguida líquida e por fim a sólida.

- No teste de **textura pastosa**: é colocado uma colher/medida de espessante e adicionado água até obter uma consistência semelhante a pudim. De seguida oferecer ao doente ½ da colher de chá desta textura. Repetir o procedimento 3 a 5 vezes, se o doente apresentar alguma alteração, acima descritas, é interrompido o teste.
- No teste para **líquidos**: administrar 3 ml de água destilada num copo e observar o doente a deglutir. Se o fizer com sucesso oferecer crescentes quantidades de água, 5, 10 e 20 ml. Se não observar nenhuma alteração oferecer 50ml de água destilada. Se o doente apresentar alguma alteração, acima mencionada, é interrompido o teste.
- No teste de alimentos **sólidos**: oferecer uma porção pequena de pão seco. Repetir 5 vezes. O doente deve deglutir a quantidade oferecida até 10 segundos.

e) Registo:

1. A avaliação deve ficar registada no impresso (anexo 1: Teste de Rastreio de Disfagia de Guss).
2. Adequar o tipo de dieta, de acordo com o nível de disfagia e o risco de aspiração (anexo 2: recomendações da Escala de GUSS)

3. O enfermeiro de Reabilitação deve prescrever as intervenções de enfermagem de reabilitação na deglutição (fortalecimento muscular; Posturas compensatórias; técnicas compensatórias)

- CONSIDERAÇÕES GERAIS
- Em caso de dúvida, parar o teste e não alimentar o doente por via oral.
- Sempre que o doente apresente o diagnóstico de deglutição alterada, deverá ser alimentado pelo enfermeiro.

ANEXOS DO PROTOCOLO

Anexo 1: Teste de Rastreio de Disfagia de Guss

TESTE DE RASTREIO DE DISFAGIA DE GUSS				Identificação do doente	
Avaliação	Enfº.	Nº Mec.			
Avaliação	Enfº.	Nº Mec.			

AVALIAÇÃO INDIRETA DA DEGLUTIÇÃO	1ª AVALIAÇÃO		2ª AVALIAÇÃO	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
O Doente deve estar sentado ou com a cabeça bem elevada (45 graus)	1	0	1	0
Estado Vígil – O Doente consegue manter o estado de alerta pelo menos durante 15 minutos.	1	0	1	0
Tosse ou/e pigarrear – O Doente deve ser capaz de tossir ou pigarrear voluntariamente duas vezes	1	0	1	0
Deglutição de saliva eficaz	1	0	1	0
Sialorreia	0	1	0	1
Alteração da vocal (rouquidão, “voz molhada”, sopro, fraca)	0	1	0	1
Total	(5)		(5)	

(De 1 a 4 – reavaliação ao fim de 24h / 5 – deve fazer avaliação direta da deglutição)

Escreva uma equação aqui.

AVALIAÇÃO DIRETA DA DEGLUTIÇÃO	1ª AVALIAÇÃO			2ª AVALIAÇÃO		
	Semi-sólido*	Líquido**	Sólido***	Semi-sólido*	Líquido**	Sólido***
DEGLUTIÇÃO:						
Impossível	0	0	0	0	0	0
Demorada (> 2 seg.) (sólidos > 10 seg.)	1	1	1	1	1	1
Com sucesso	2	2	2	2	2	2
TOSSE: (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 min após)						
• SIM	0	0	0	0	0	0
• NÃO	1	1	1	1	1	1
SIALORREIA:						
• SIM	0	0	0	0	0	0
• NÃO	1	1	1	1	1	1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e depois da deglutição, o doente deve dizer “O”)						
• SIM	0	0	0	0	0	0
• NÃO	1	1	1	1	1	1
TOTAL	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)

TOTAL: (AVALIAÇÃO INDIRETA + DIRETA) _____ (20)

*. Administrar primeiro 1 colher de chá de água espessa na consistência mel. Repetir a administração mais 4 vezes. Interromper teste se algum dos critérios for observado.
 **. Avaliar com quantidade de 3, 5, 10, 20 e 50 de água. Interromper teste se algum dos critérios for observado.
 ***. Administrar uma pequena quantidade de pão seco. Repetir a administração mais 4 vezes. Interromper teste se algum dos critérios for observado.

Anexo 2: Recomendações da Escala de GUSS

RECOMENDAÇÃO GUSS	
<u>SEM DISFAGIA</u> RISCO MÍNIMO DE ASPIRAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a dieta- consistência Normal • Otimizar a dieta -Não há restrições • Vigiar a alimentação/hidratação 	Score 20 Alimentos pastosos, líquidos e texturas solidas são bem-sucedidos
<u>DISFAGIA LIGEIRA</u> COM UM BAIXO RISCO DE ASPIRAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a dieta - consistência Pastosa • Gerir os líquidos - Administrar muito lentamente (um gole de cada vez) • Providenciar observação do enfermeiro especialista de reabilitação ou terapeuta da fala 	Score 15-19 Pastosa e líquidos bem-sucedidos Sólido Mal sucedido
<u>DISFAGIA MODERADA</u> EXISTE RISCO DE ASPIRAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a dieta - texturas Pastosas • Gerir os líquidos- colocar espessante • Gerir a medicação - triturar e misturar com um líquido espesso; não administrar por via oral os medicamentos de consistência líquida • Providenciar suplemento nutricional • Inserir sonda nasogastrica - caso não seja possível o suplemento por via oral • Otimizar a sonda nasogastrica • Providenciar observação do enfermeiro especialista de reabilitação ou terapeuta da fala 	Score 10-14 Pastosa bem-sucedida Líquidos mal sucedidos
<u>DISFAGIA GRAVE</u> COM ALTO RISCO DE ASPIRAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a dieta- dieta entérica • Inserir a sonda nasogastrica • Otimizar a sonda nasogastrica • Alimentar a pessoa através da sonda nasogastrica • Providenciar observação do enfermeiro especialista de reabilitação ou terapeuta da fala 	Score 0-9 A dieta Pastosa é mal sucedida

Apêndice X – Folheto informativo

Apêndice XI – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia” 1964; (Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

“Avaliação da Deglutição: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação” - Trabalho de Projeto

O atual estudo de investigação insere-se no âmbito do V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Professora Doutora Salomé Ferreira e realizado por Carla Sofia Pimenta da Costa. Tem como questão de partida quais as práticas de intervenção de enfermagem, na avaliação da deglutição, no serviço de Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. Este estudo permitirá uniformizar as práticas de enfermagem na avaliação da deglutição, contribuindo para uma diminuição das complicações associadas à disfagia.

Eu, _____, tomei conhecimento sobre a finalidade, objetivos e métodos do estudo, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me solicitado a autorização para a gravação em áudio da entrevista a realizar. Além disso, foi informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências.

Assim, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Desta forma, consinto participar no presente estudo, e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora. Permito a utilização dos dados, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/____/2019

O investigador responsável:

Assinatura: _____

Nome: Carla Sofia Pimenta da Costa

